

Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen: Konzeptpapier

Spycher, Stefan

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Spycher, S. (2006). *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen: Konzeptpapier*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-426320>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen

Konzeptpapier

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit

Dr. Stefan Spycher

Bern, 15. März 2006

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
1 Einleitung	1
2 Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitskompetenzen	3
2.1 Ökonomische Denkansätze	3
2.2 Systematisierung der volkswirtschaftlichen Sichtweise	5
2.3 Hinweise zum Stand der Gesundheitskompetenzen	10
3 Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen	13
3.1 Die Bedeutung der Gesundheitskompetenzen	13
3.2 Die Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen	17
3.3 Mögliche Massnahmen im Bereich der Gesundheitskompetenzen	20
3.4 Mögliche Folgekosten einer Erhöhung von Gesundheitskompetenzen	23
3.5 Zusammenfassung und Empfehlungen an das BAG	24
4 Bildung und Gesundheitskompetenzen	26
4.1 Bildung, Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme	26
4.2 Bildung und Gesundheitskompetenzen	28
4.3 Bildungsmassnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen	30
4.4 Zusammenfassung und Empfehlungen an das BAG	32
5 Forschungsbedarf	32
6 Literaturverzeichnis	33

Zusammenfassung

Ausgangslage

Im angelsächsischen Raum wird seit einigen Jahren das Konzept der «Health Literacy» diskutiert. Im Deutschen wurde der Begriff jüngst mit «Gesundheitskompetenzen» umschrieben. Gemeint sind damit Fähigkeiten des oder der Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Thema aufgenommen und im vergangenen Herbst in Bern einen Workshop durchgeführt. Es partizipierten Expert/innen aus verschiedensten Disziplinen. Nicht vertreten war die Sichtweise der Ökonomie. Das BAG beauftragte daher das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), in einem Konzeptpapier die ökonomischen Aspekte der Gesundheitskompetenzen zu untersuchen.

Fragestellungen und methodisches Vorgehen

Aufgeworfen wurden vom BAG eine Reihe von grundsätzlichen Fragen, aber auch detailliertere Fragen zu zwei inhaltlichen Vertiefungsbeispielen. Auf der grundsätzlichen Ebene stellt sich die Frage, welche ökonomischen Aspekte beim Thema der Gesundheitskompetenzen überhaupt zu unterscheiden sind. In den Vertiefungsbereichen des Gesundheitswesens bzw. des Bildungswesens soll insbesondere untersucht werden, welche volkswirtschaftliche Bedeutung fehlenden Gesundheitskompetenzen zukommen und welche Investitionen vorgenommen werden müssen, um die Gesundheitskompetenzen zu erhöhen. Schliesslich wurde auch die Frage nach dem Forschungsbedarf aufgeworfen.

Die vorliegende Studie entspricht einer Konzeptarbeit. Es wurden keine ausführlichen Analysen der vorhandenen Literatur vorgenommen, weil diese zu diesem neuen Thema noch relativ spärlich und kaum auf die Schweiz bezogen ist. Vielmehr wurden vorhandene ökonomische Konzepte auf das Thema der Gesundheitskompetenzen angewandt.

Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitskompetenzen

Volkswirtschaftlich interessante Aspekte entstehen sowohl beim Entstehungsprozess der Gesundheitskompetenzen, wie aber auch im Bereich der Auswirkungen. Der Entstehungsprozess ist stark mitbedingt durch interne Voraussetzungen (Ressourcen) der Individuen (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status etc.), aber

auch durch gesellschaftliche Bedingungen, insbesondere durch die Investitionen in Bildung, Kultur, Erziehung, Prävention, Gesundheitsbildung und –förderung.

Die individuell vorhandenen Gesundheitskompetenzen haben direkte und über einen verbesserten Gesundheitszustand indirekte Auswirkungen im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft. Im Gesundheitswesen sind bspw. bessere Ergebnisse von Therapien zu erwarten, wenn die Versicherten ausreichend Gesundheitskompetenzen aufweisen. In der Wirtschaft kommt es zu weniger Krankheitsabwesenheiten, weil die Menschen kompetenter mit ihrer Gesundheit umgehen können. Gleichzeitig stellt das zur Verfügung stellen von Informationen zur Ausbildung der Gesundheitskompetenzen einen eigenen Markt dar. Erhöhte Gesundheitskompetenzen führen zu reduzierten Ausgaben für Gesundheit und eröffnen dadurch alternative Konsummöglichkeiten. Im Bereich der Gesellschaft sind bei der unbezahlten Haushalts- und Freiwilligenarbeit weniger Absenzen zu beklagen, wenn die Menschen gesundheitskompetenter und in der Folge gesünder sind. Besonders wichtig sind die Gesundheitskompetenzen bei Personen, die Kinder und Jugendliche bzw. ältere Menschen betreuen und für diese (teilweise) stellvertretend gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen.

Weder die Gesundheitskompetenzen selbst noch ihre Auswirkungen im Gesundheitssystem, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft sind für die Schweiz empirisch untersucht. Es stellen sich in diesem Zusammenhang daher viele Forschungsfragen.

Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen

Die Gesundheitskompetenzen sind im Gesundheitswesen von hervorragender Bedeutung. Die Versicherten müssen fähig sein, Informationen zu sammeln, kritisch auszuwerten und zu vergleichen, mit anderen Versicherten, Leistungserbringer/innen und Versicherern kompetent zu kommunizieren sowie die Vor- und Nachteile verschiedener diagnostischer und therapeutischer Massnahmen bzw. verschiedener Angebote von Versicherern abzuwägen.

Fehlende Gesundheitskompetenzen wirken sich auf alle Zielbereiche der Krankenversicherung aus. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird aufgeweicht, weil nichtkompetente Personen häufiger krank sind. Dies betrifft wiederum häufiger Menschen aus sozial tieferen Schichten, wodurch es aufgrund der Kopfprämienfinanzierung und der Kostenbeteiligungen auch zu einer Entsolidarisierung zwischen Reich und Arm kommt.

Fehlende Gesundheitskompetenzen erhöhen die Kosten des Gesundheitswesens, weil die Menschen kränker sind und die Behandlungen weniger zielgerichtet durchgeführt werden können. Geht man von Schätzungen aus den USA aus und passt sie auf die Schweiz an, so dürften rund 3 Prozent der Gesundheitskosten auf zu geringe Gesundheitskompetenzen zurückzuführen sein. Dies entspricht in der obligatorischen Krankenversicherung einem Betrag von 694 Millionen Franken, im gesamten Gesundheitswesen einem solchen von 1.5 Milliarden Franken.

Selbstverständlich wirken sich die fehlenden Gesundheitskompetenzen auch im dritten Zielbereich, der qualitativ guten Versorgung, aus. Weniger kompetente Menschen dürften eine schlechtere Versorgung bekommen, weil sie sich weniger gut mit den Ärzt/innen verständigen können und die Compliance tiefer ist.

Die Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen können mit verschiedenen Massnahmen reduziert werden. Zu Beginn steht sicher die Sensibilisierung aller beteiligten Akteur/innen für das Problem der fehlenden Gesundheitskompetenzen. Dazu gehört auch die Entwicklung entsprechender Messinstrumente. Weiter müssen mehr Informationen, aber in geeigneter Art, zur Verfügung gestellt werden. Ganz wichtig ist die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Ärzt/innen bzw. den Spitälern und den Patient/innen. Dazu braucht es eine Reihe von Massnahmen, bei den Migrant/innen nicht zuletzt im Bereich der interkulturellen (Sprach-) Vermittlung. Zu denken ist auch an eine Anpassung der Abgeltungssysteme, um den Leistungserbringer/innen Anreize zu geben, vermehrt in die Aufdeckung von fehlenden Gesundheitskompetenzen zu investieren.

Neben der genannten Aufdeckung geht es aber auch um den Aufbau bzw. den Erhalt von Gesundheitskompetenzen. Besondere Bedeutung bekommen hier Disease-Programme, die mit Patient/innen und ihren Angehörigen an der optimalen Versorgung arbeiten. Im Rahmen von Managed-Care-Organisationen wird dies heute bereits (teilweise) gemacht.

Investitionen in die Gesundheitskompetenzen kosten und können weitere Folgekosten nach sich ziehen. Studien belegen, dass im heutigen institutionellen Rahmen Patient/innen oft Leistungen nachfragen, die die Ärzt/innen gar nicht verschrieben hätten. Es kann vermutet werden, dass erhöhte Gesundheitskompetenzen diese Tendenz noch verstärken. Um dies zu verhindern, müsste das System der Einzelleistungsvergütung der Ärzt/innen angepasst werden.

Empfehlungen an das BAG

Dem Bundesamt für Gesundheit kommt im Bereich der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen verschiedene strategisch wichtige Aufgaben zu:

■ Ganz zentral ist die Sensibilisierung aller Akteur/innen (Versicherten, Leistungserbringer/innen, Versicherer, Kantone) für das Thema der Gesundheitskompetenzen. Dazu gehört die Information der Akteur/innen, aber auch deren Beratung. Dazu müssen BAG-intern entsprechende Kompetenzen aufgebaut und gebündelt werden.

■ Dann gilt es im Bereich der BAG-eigenen Tätigkeiten, bspw. im Bereich der Prävention, alle Kommunikationsstrategien daraufhin zu prüfen, ob sie auch von Menschen mit geringen Gesundheitskompetenzen verstanden werden können.

■ Im Bereich der Massnahmen Im Gesundheitswesen zur Dämpfung der negativen Auswirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen fällt dem BAG in mindestens vier Feldern eine wichtige Aufgabe zu:

1) Es sind die Anreize im Gesundheitswesen derart zu ändern, dass die wichtigsten Akteur/innen von sich aus ein Interesse daran haben, ihre Tätigkeiten auch auf Menschen mit geringen Gesundheitskompetenzen auszurichten. Hierzu müssen zuerst entsprechende Forschungen vorgenommen werden, wie dies am besten gemacht werden kann.

2) Weiter sind Änderungen in den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens anzugehen, die die Navigation der Menschen mit weniger Gesundheitskompetenzen erleichtern. Dazu könnte bspw. ein erleichtertes Wechselverfahren zwischen Versicherern gehören (bspw. könnten Kassenwechsel in der Grundversicherung ohne direkten Kontakt mit den Versicherern an der Poststelle durchgeführt werden).

3) Das BAG muss eine Führungsrolle bei der Aufbereitung von Benchmark-Informationen übernehmen. Alle anderen Akteur/innen sind interessengebunden und daher wenig glaubwürdig. Da viele dieser Informationen heute nicht verfügbar sind, bedeutet dies ein starkes Engagement des Bundes im Aufbau eines Benchmarksystems.

4) Das BAG sollte darüber hinaus auch die Verantwortung für besonders gefährdete Gruppen übernehmen, für die sich andere Stellen nur am Rande interessieren oder für die andere Stellen zu wenig finanzielle Mittel haben. Dazu gehört bspw. die Gruppe der Migrant/innen.

■ Auch im Bereich der Massnahmen im Gesundheitswesen, die die Gesundheitskompeten-

zen erhöhen können, kommt dem BAG eine zentrale Rolle zu:

a) Durch die Veränderung der Rahmenbedingungen im KVG sollte dafür gesorgt werden, dass sich Versorgungsstrukturen entwickeln, die mit Menschen, die geringere Gesundheitskompetenzen aufweisen, besser umgehen können. Dies ist bspw. bei integrierten Versorgungsformen wie Managed-Care der Fall.

b) Die Arbeitgeber/innen und die Gewerkschaften spielen eine zentrale Rolle beim Erhalt und Aufbau der Gesundheitskompetenzen. In diesem Bereich kommt dem BAG und den anderen Partner/innen (SUVA, Bundesamt für Sozialversicherung, seco etc.) zum einen eine Sensibilisierungsaufgabe zu. Zum anderen sind aber auch Massnahmen zu prüfen, die den genannten Akteur/innen mehr Anreize geben, die Gesundheitskompetenzen zu erhalten und aufzubauen. Hierzu braucht es entsprechende Forschungsarbeiten.

c) Es muss geprüft werden, wie das BAG PatientInnen-Organisationen und Selbsthilfegruppen besser unterstützen kann. In derartigen Gruppen können Gesundheitskompetenzen sehr spezifisch aufgebaut werden.

d) Fehlende Gesundheitskompetenzen wirken sich auch auf die Solidarität zwischen Gesund und Krank bzw. zwischen Reich und Arm aus. Menschen aus sozial tieferen Schichten sind überproportional häufig krank und haben unterdurchschnittlich ausgebildete Gesundheitskompetenzen. Das BAG sollte daher die Massnahmen verstärken, die die soziale Ungleichheit bekämpfen.

Bildung und Gesundheitskompetenzen

Verschiedene Studien zeigen für die Schweiz, dass die Schul- und Berufsbildung das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand beeinflussen. Beide Elemente sind zentral für die Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen. Menschen mit geringer Schulbildung nehmen überproportional häufig den Notfalldienst und die Allgemeinärzt/innen in Anspruch. Gleichzeitig unternehmen sie sehr viel weniger Massnahmen zur Prävention bzw. zur Früherkennung von Krankheiten.

Auf allen Stufen der Bildung – Sekundarstufe 1, Sekundarstufe 2, Tertiärausbildungen, Weiter- und Fortbildungen – können und werden heute bereits Gesundheitskompetenzen gebildet bzw. erhalten. Die vorhandenen Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass dies aber noch zu wenig erfolgreich geschieht. Es ist daher zu prüfen, ob auf den verschiedenen Stufen des Bildungswesens dem Thema der Gesundheitskompetenzen nicht eine grössere Aufmerksamkeit

geschenkt werden sollte. Dabei stehen drei Gruppen im Vordergrund:

Erstens die jungen Menschen, die sich die Kompetenzen für das vor ihnen liegende Leben aneignen. Zweitens aber auch diejenigen Menschen zwischen 56 und 85 Jahren, die heute den Grossteil der Gesundheitskosten verursachen. Bei den Erwerbstätigen dieser Gruppe könnte über die berufliche Fort- und Weiterbildung zugegriffen werden. Es ist zu prüfen, ob in diesem Bereich den Arbeitgeber/innen (finanzielle) Anreize gesetzt werden sollen, damit sie entsprechende Angebote bereitstellen bzw. (teil-)finanzieren. Bei den Nichterwerbstätigen ist die Aufgabe ungleich schwieriger, weil sie nicht über die Arbeitgeber/innen angegangen werden können. Drittens steht die Gruppe der jungen und mittelalterlichen Erwachsenen, die andere junge bzw. alte Menschen betreuen und für sie gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen, im Zentrum.

Forschungsbedarf

Gesundheitskompetenzen stellen im wissenschaftlichen Kontext sowie in der politischen Diskussion ein neueres Konzept dar. Ihre grosse Bedeutung für das zielgerichtete Funktionieren des Gesundheitswesens werden zur Zeit nach und nach erkannt. Da man in der Schweiz, aber auch international, noch am Beginn steht, ergeben sich viele und grundlegende Forschungsfragen. Der Forschungsbedarf ist somit ausgewiesen und aufgrund der (geschätzten) volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitskompetenzen dringend. Im Bereich der ökonomischen Bedeutung der Gesundheitskompetenzen stehen folgende Fragenkomplexe im Vordergrund:

■ Die volkswirtschaftlichen Folgen mangelnder Gesundheitskompetenzen müssen in drei Bereichen quantifiziert werden: Im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft. Umgekehrt muss aufgezeigt werden können, welche Kosteneinsparungen erhöhte Gesundheitskompetenzen mit sich bringen würden.

■ Es müssen Kosten-Nutzen-Analysen von Massnahmen zur Erhöhung bzw. zum Erhalt der Gesundheitskompetenzen durchgeführt werden.

■ Es muss untersucht werden, wie die Anreize im Gesundheitswesen verändert werden können, damit Versicherer, Leistungserbringer/innen und Versicherte sich aktiver für die Aufdeckung und die Beseitigung der Defizite im Bereich der Gesundheitskompetenzen einsetzen.

Fazit

Obschon wir in der Schweiz über das Ausmass der fehlenden Gesundheitskompetenzen noch recht wenig wissen, zeigt die vorliegenden Über-

legungen, dass die dadurch ausgelösten ökonomischen Probleme von grosser Tragweite sein können. Es besteht daher mehrfach Handlungsbedarf: Zum einen sollten die Gesundheitskompetenzen gemessen werden. Zum anderen sollte im umfassenden Sinne über Massnahmen nachgedacht werden, wie die Defizite behoben werden können.

1 Einleitung

Ausgangslage

Im angelsächsischen Raum wird seit einigen Jahren das Konzept der «Health literacy» diskutiert. «Literacy» bezeichnet die Lese- und Schreibkompetenzen und wurde jüngst von der OECD im Rahmen der Erhebung «Adult Literacy and Lifeskills (ALL)» untersucht (OECD 2005).¹ Der Begriff «Health Literacy» wird im Deutschen noch nicht einheitlich verwendet. Abel/Bruhin (2003) verstehen «Health Literacy» als wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Kickbusch et al. (2005) sprechen von einer «Bürgerkompetenz für Gesundheit». Neben den begrifflichen Unterschieden gibt es auch inhaltlich unterschiedliche Definitionen und Schwerpunktsetzungen beim Konzept der «Health literacy». Daher führte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) am 17. und 18. November 2005 in Bern einen Workshop «Gesundheitskompetenzen» mit Expert/innen durch. Ziel war die eingehendere Diskussion des Konzeptes und die Erörterung seiner strategischen Bedeutung für die kommenden Jahre.

Am Workshop fehlten Referate zur ökonomischen Bedeutung der Gesundheitskompetenzen. Daher lud das BAG den Gesundheitsökonom Stefan Spycher vom Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) zum Besuch des Workshops ein. Daraus sollte ein Konzeptpapier entwickelt werden, dass die ökonomischen Aspekte der Gesundheitskompetenzen systematisiert und ausgewählte Aspekte vertieft diskutiert.

Tabelle 1: Die Fragestellungen

Teil	Bereich	Aspekte
Teil 1	Ökonomischer Analyserahmen	■ Welche ökonomischen Aspekte der Gesundheitskompetenzen sind zu unterscheiden?
Teil 2	Vertiefungsbeispiel 1: Obligatorische Krankenversicherung	■ Welche Auswirkungen haben fehlende Gesundheitskompetenzen auf die Zielerreichung in den Bereichen Solidarität/Gerechtigkeit, Qualität und Effizienz? ■ Welche direkten und indirekten Kosten entstehen? In welchen Bereichen entstehen vor allem Kosten? ■ Welche Aspekte können quantitativ gemessen werden, welche qualitativ? ■ Welche Massnahmen könnten geeignet sein, Defizite bei den Gesundheitskompetenzen abzubauen? ■ Welche Investitionen wären von wem zu übernehmen, um die Defizite im Bereich der Gesundheitskompetenzen zu kompensieren? Welche Wirkungen wären zu erwarten? Wer profitiert vom Nutzen der zusätzlichen Investitionen (Externalitäten)?
Teil 3	Vertiefungsbeispiel 2: Bildungssystem	■ Welche Rolle kommt fehlenden Bildungskompetenzen im Hinblick auf gesundheitliche Defizite zu? ■ Welche Kostenfolgen verursachen die der Bildung zurechenbaren gesundheitlichen Defizite? ■ Welche Massnahmen könnten geeignet sein, Defizite bei den Bildungskompetenzen abzubauen? ■ Welche Investitionen wären von wem zu übernehmen, um die Defizite im Bereich der Bildungskompetenzen zu kompensieren? Welche Wirkungen wären zu erwarten? Wer profitiert vom Nutzen der zusätzlichen Investitionen (Externalitäten)?
Teil 4	Forschungsbedarf	■ In welchen Bereichen sind Forschungen notwendig, um die Kosten von Defiziten im Bereich der Gesundheitskompetenzen aufzuzeigen?

Quelle: Eigene Darstellung

Fragestellungen

Das Konzeptpapier soll vier Teile umfassen. Im ersten Teil sollen die ökonomischen Aspekte der Gesundheitskompetenzen systematisch erfasst werden. Die Teile 2 und 3 dienen der Vertiefung von zwei ausgewählten Aspekten: Zum einen soll die ökonomische Bedeutung der Gesundheitskompetenzen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung untersucht werden. Zum anderen soll die Bedeutung des Bil-

¹ Die Schweiz nahm an dieser Erhebung mit einer Stichprobe von 5'120 Personen ebenfalls teil (BFS 2005).

dungssektors für die Entstehung der Gesundheitskompetenzen erörtert werden. **Tabelle 1** zeigt die Fragestellungen in einer Übersicht.

Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie entspricht einer Konzeptarbeit. Es wurden keine ausführlichen Analysen der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur vorgenommen, weil diese zu diesem neuen Thema noch relativ spärlich und kaum auf die Schweiz bezogen ist. Vielmehr wurden vorhandene ökonomische Konzepte auf das Thema der Gesundheitskompetenzen angewandt. Dies führt dazu, dass die beschriebenen Auswirkungen in verschiedenen Teilen des Papiers einen gewissen spekulativen Charakter aufweisen, weil sie sich noch nicht auf empirische Untersuchungen stützen können.

Definition von Gesundheitskompetenzen (Health literacy)

Im vorliegenden Papier gehen wir von der Definition von Kickbusch et al. (2005) aus.

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Gesundheitskompetenz umfasst **vier verschiedene Dimensionen**

1. Grundkenntnisse über Gesundheit, das Wissen und die Anwendung von gesundheitsförderndem, gesundheitsbewahrendem und krankheitsverhinderndem Verhalten, Selbstpflege und die Betreuung der Familie sowie erste Hilfe.
2. Kompetenzen zur Orientierung im Gesundheitssystem und die Fähigkeit, als kompetente Partner gegenüber Fachpersonal auftreten zu können.
3. Gesundheitsorientiertes Kaufverhalten, die Fähigkeit, Güter und Serviceangebote so zu wählen, dass sie der Gesundheit förderlich sind, sowie die Inanspruchnahme von Konsumentenrechten, wenn erforderlich.
4. Informiertes Wahlverhalten auf politischer Ebene, Kenntnis von und das Eintreten für Rechte im Gesundheitswesen, sowie die Mitgliedschaft bei Patienten- und Gesundheitsorganisationen

Gesundheitskompetenzen werden mit Kickbusch et al. (2005) als umfassendes Konzept verstanden, die es dem Individuum erlauben, sich mit Hilfe seines sozialen Umfeldes im und ausserhalb des Gesundheitssystems gesundheitsbewusst zu verhalten bzw. die gesellschaftliche und politische Umwelt so zu beeinflussen, dass gesundheitsbewusstes Verhalten möglich ist.

Andere Definitionen fassen «Health literacy» enger auf die Beschaffung, Interpretation und Verwendung von Informationen. Shiota/Lennard (2004, 5) definieren «Health literacy» kurz als „the capacity of an individual to obtain, interpret and understand basic health information and services in ways that are health-enhancing“. Die WHO (1998) definiert «Health literacy» als „the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health“. Gegenüber Shiota/Lennard (2004) verweist die WHO in ihrer Definition auch darauf, dass Gesundheitskompetenzen zwar nur beim Individuum gemessen werden können, dass sie aber in einem sozialen Kontext entstehen und sich in einem solchen entfalten.

Nutbeam (2000, 263f.) unterscheidet drei Stufen der Gesundheitskompetenzen:

■ **Funktionale Gesundheitskompetenz:** Ausreichend Grundkompetenzen im Lesen und Schreiben, um im Alltag zu funktionieren.

■ **Kommunikative, interaktive Gesundheitskompetenz:** Fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die es erlauben, aktiv am Alltag teilzunehmen, Informationen zu sammeln und in Interaktionen mit anderen Akteur/innen zu interpretieren sowie vorhandene Informationen in veränderten Bedingungen anzuwenden.

■ **Kritische Gesundheitskompetenz:** Fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die für die kritische Analyse von Informationen eingesetzt werden können, um eine grössere Kontrolle über Lebenssituationen ausüben zu können.

Die Definition von Kickbusch et al. (2005) umfasst alle drei Stufen der Gesundheitskompetenzen. Andere Autor/innen fokussieren stark auf die funktionalen Gesundheitskompetenzen (bspw. Andrus/Roth 2002). Die vier Dimensionen von Kickbusch et al. (2005) – Persönliche Gesundheit, Gesundheitswesen, Markt und Politische Rechte – können mit den drei Stufen von Nutbeam (2000) zu einer Matrix verbunden werden. In jedem der vier Bereiche spielen die drei Stufen eine zentrale Rolle.

Aufbau des Berichtes

Der Bericht gliedert sich in folgende vier Kapitel. In **Kapitel 2** untersuchen wir die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitskompetenzen auf einem generellen Niveau. Es geht darum, einen konzeptionellen Rahmen zu schaffen. In den beiden Kapiteln 3 und 4 vertiefen wir die in Kapitel 2 entwickelte Sichtweise im Bereich des Gesundheitswesens (**Kapitel 3**) und im Bereich des Bildungswesens (**Kapitel 4**). Im abschliessenden Kapitel 5 stellen wir die verschiedenen sich ergebenden Forschungsfragen zusammen. Die Rolle des Bundesamtes für Gesundheit wird am Ende der Kapitel 3 und 4 thematisiert.

2 Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitskompetenzen

In Kapitel 2 werden die ökonomischen Aspekte der Gesundheitskompetenzen systematisch erfasst. Dabei geht es nicht nur um die ökonomischen Auswirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen, sondern umfassend um die breite volkswirtschaftliche Bedeutung. Wir steigen in Abschnitt 2.1. mit einigen grundsätzlichen Überlegungen zu den ökonomischen Denkansätzen ein. In Abschnitt 2.2. entwickeln wir eine systematische Sichtweise. Verschiedene der in Abschnitt 2.2. genannten Hinweise werden wir anschliessend in den Kapiteln 3 und 4 vertiefen. In Abschnitt 2.3. tragen wir Hinweis zum Stand der Gesundheitskompetenzen in der Schweiz zusammen.

2.1 Ökonomische Denkansätze

In der ökonomischen Theorie werden verschiedene Denkansätze unterschieden, die im vorliegenden Rahmen von Bedeutung sind. Das Fundament der ökonomischen Theorie stellt das neoklassische Denkmodell dar. Weiterentwicklungen beschäftigen sich mit Spezialgebieten oder weichen einzelne Annahmen des Denkmodells auf. Nachfolgend nennen wir nur diejenigen Ansätze kurz, die für die Gesundheitskompetenzen von besonderer Bedeutung sind.

■ Im **neoklassischen Ansatz** werden Konsument/innen und Unternehmungen unterschieden (vgl. Samuelson/Nordhaus 2005). Dem Staat kommt lediglich die Funktion eines «Nachtwächterstaates» zu, indem er für die äussere und innere Sicherheit sorgt sowie ein Rechtssystem unterhält. Konsument/innen werden als Einzelpersonen gedacht, die rational handeln und ihren Nutzen aus maximieren. Die Unternehmungen werden als homogene Einheiten gesehen, die ihren Gewinn maximieren. Unternehmungen und Konsument/innen treffen sich auf Märkten, um Produkte gegen Geld auszutauschen. Die Preisbildung

ist frei. Die neoklassische Theorie zeigt, dass sich auf solchen Märkten Gleichgewichte einstellen, wenn gewisse Bedingungen gegeben sind. Dazu gehört bspw. die vollständige Transparenz, rasche und flexible Anpassungen aller Beteiligten und die grosse Anzahl von Konsument/innen und Unternehmungen.

■ Im Rahmen der **Public Choice Theorien** wurden die Bedingungen, unter denen ein Marktgleichgewicht zustande kommt, näher untersucht (vgl. Buchanan 2001, Frey 2003). Es konnten verschiedene Umstände identifiziert werden, die zu einem Marktversagen führen können (Externalitäten², Informationsasymmetrien, Skaleneffekte, öffentliche Güter etc.). Besonders von Bedeutung sind die sogenannten Externalitäten. Dabei handelt es sich um das Phänomen, dass andere von Anstrengungen eines Individuums oder einer Unternehmung profitieren (oder darunter leiden), ohne dass sie dafür bezahlen müssen (bzw. entschädigt werden). Im Gesundheitswesen wurde dieses Konzept auf die Prävention angewandt. Wenn sich im Rahmen einer Versicherung mit Einheitsprämie Individuen stark um die Prävention kümmern, dann profitieren alle Versicherten von den dadurch eingesparten Kosten. Die Präventionskosten sind aber individuell zu tragen. In der Folge wird zu wenig in die Prävention investiert. Die Public Choice Theorien leiten aus den verschiedenen Marktversagen eine stärkere Rolle des Staates ab, die über die Bedeutung des Staates in der neoklassischen Theorie hinausgehen.

■ Durch die **Gesundheitsökonomie**, die stark auf der Versicherungstheorie basiert, wurden verschiedene Aspekte des neoklassischen Modells näher untersucht und differenziert (Breyer/Zweifel 1999). Insbesondere wurde das Problem der Informationsasymmetrie im Versicherungswesen betrachtet. Die Versicherten wissen über ihren Gesundheitszustand Bescheid, der Versicherer weiss sehr viel weniger, unter Umständen gar nichts. Die Gesundheitsökonomie konnte zeigen, dass bei starken Asymmetrien ein Marktsystem zusammenbrechen kann (Problem der Adversen Selektion). Ein Teil der Lösung liegt in der Versicherungspflicht. Ein weiteres Problem liegt darin, dass die Versicherer die Versicherten hinsichtlich der Schadensursache und ihrer Folgen nicht genau beobachten können (Problem des Moral Hazard). Kostenbeteiligungen sollen dazu führen, dass die Versicherten nach wie vor ein Interesse daran haben, Schäden zu vermeiden und sie möglichst rasch zu beheben. Die Gesundheitsökonomie befasst sich aber auch mit der Steuerung der Ärzt/innen und Spitäler. Im neoklassischen Modell treffen nur Konsument/innen und Unternehmen zusammen, die ihre eigenen Interessen verfolgen. Wie ist aber vorzugehen, wenn bspw. Spitäler öffentlich sind und aus Steuergeldern bezahlt werden sollen? Wie soll ein Abgeltungssystem ausgestaltet werden? Hier zeigt sich das sog. Principal-Agent-Problem, dass man aus dem Verhältnis zwischen Verwaltungsräte und Geschäftsführungen kennt: Eine Regulierungsbehörde (Principal; Verwaltungsrat) möchte, dass sich der zu Regulierende (Agent; Geschäftsführung) möglichst im übergeordneten Interesse verhält. Der Agent hat aber eigene Interessen, die es folglich zu kontrollieren gilt.

■ Im Rahmen der **Vertragsökonomie** werden die Transaktionskosten besonders betont (Williamson 1999). Verträge auszuhandeln und durchzusetzen ist nicht gratis. Im Gesundheitswesen spielt dies eine besondere Rolle, wenn erklärt werden soll, warum Versicherte weniger häufig als erwartet den Versicherer wechseln. Dies hat nicht zuletzt damit zu tun, dass hohe Informationskosten entstehen.

■ Im Rahmen der **Institutionenökonomie** wird die Rolle von Institutionen – verstanden als Organisationen, aber auch als Regeln, Traditionen etc. – untersucht, die in der neoklassischen Theorie noch keine Rolle spielen (North 1991). Besondere Aufmerksamkeit erhält dabei das Konzept des Sozialkapitals, das aus der soziologischen Theorie übernommen wurde (Freitag 2001). Das Zusammenleben und das Funktionieren einer marktwirtschaftlichen Gesellschaft funktioniert umso besser, je höher das Sozialkapital (gegenseitiges Vertrauen, Unterstützung etc.) ist. Gesundheit kann dabei als Teil des Sozialkapitals aufgefasst werden.

² Vgl. für eine Definition von Externalitäten Fussnote 14.

■ In der **Care-Ökonomie** und der **feministischen Ökonomie** werden die privaten Haushalte präziser untersucht (Cancian/Oliker 2000, Mutari/Fogart 2003, Folbre/Bittmann 2004). Die Annahme, dass ein Haushalt homogen ist und folglich die Entscheidungen immer einhellig gefällt werden, wird aufgegeben. Mögliche Interessenkonflikte zwischen den Haushaltsmitgliedern werden explizit modelliert. Besondere Aufmerksamkeit bekommt die Aufteilung aller Arbeiten eines Haushaltes, also der bezahlten Erwerbsarbeit und der unbezahlten Betreuungs- und Haushaltsarbeit.

■ Seit Beginn der 1990er Jahre wurden die rationalen Annahmen im Bereich des **Homo oeconomicus** zuerst von Psycholog/innen und dann immer mehr auch von Ökonom/innen in Frage gestellt (Kahneman 2000 / Fehr 2003). In vielen Experiment/en konnte belegt werden, dass sich Menschen oft nicht rational verhalten. Die Vertreter/innen der neoklassischen Theorie sind allerdings der Ansicht, dass die Annahmen nicht in jedem Einzelfall, sondern nur im Durchschnitt richtig sein müssen. Die Kritik am Homo oeconomicus hat sich noch nicht in einem neuen Theoriegebäude verdichtet.

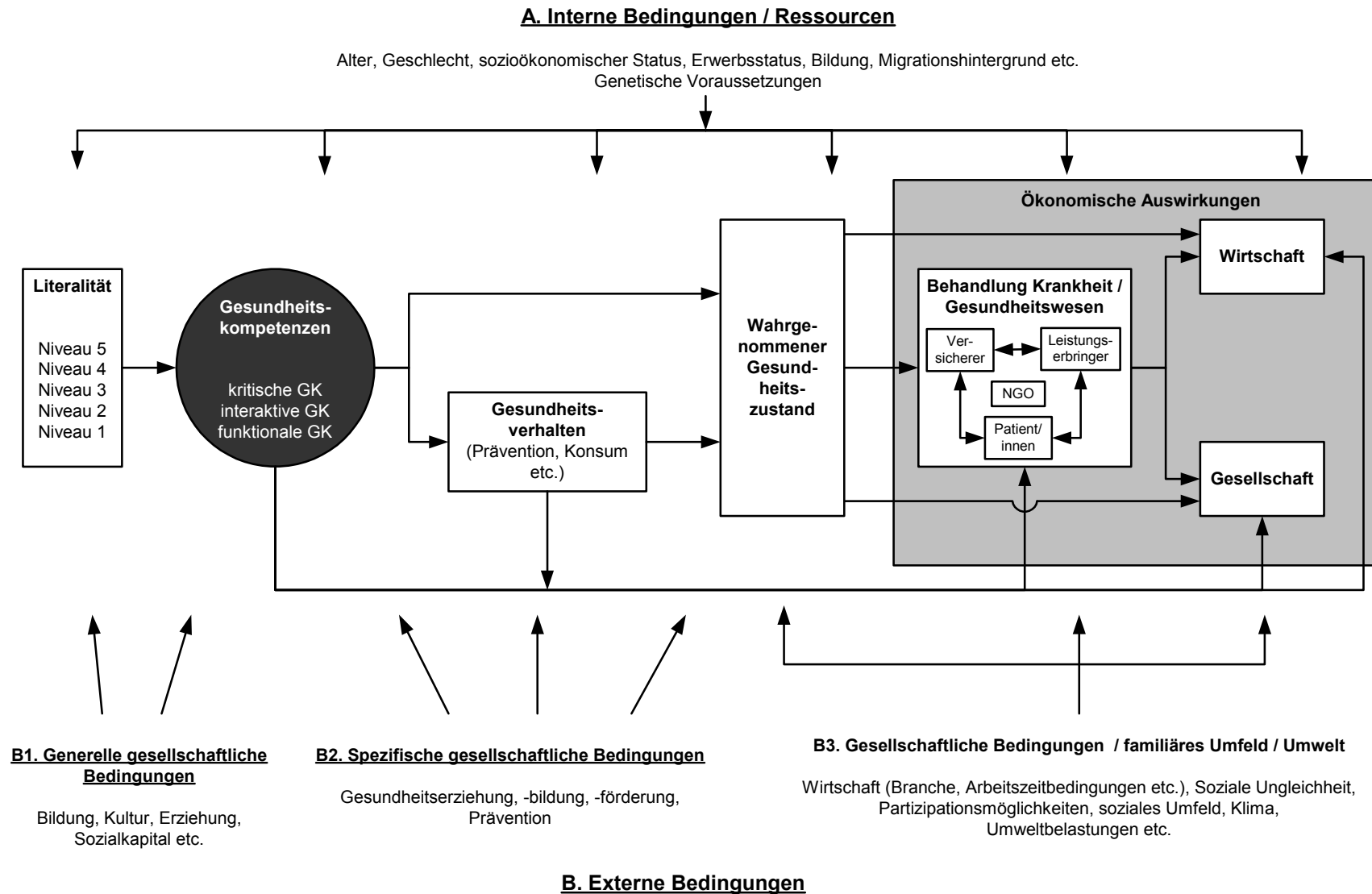
Trotz allen Weiterentwicklungen und Differenzierungen verbleiben im ökonomischen Zugang zum Gesundheitswesen verschiedene Konstanten. Dazu gehören die Annahmen, dass sich Menschen grundsätzlich rational verhalten und dass sie auf (materielle) Anreize reagieren. Das Thema der Gesundheitskompetenzen stösst somit in einen Bereich vor, der in der Ökonomie wenig beachtet wird. Sind Gesundheitskompetenzen nur mangelhaft vorhanden, so werden die Betroffenen schlecht informiert sein, die vorhandenen Informationen schlecht nutzen und die Vor- und Nachteile verschiedener Optionen kaum beurteilen können. Die Tragweite dieser Feststellung ist gross: Das Konzept der obligatorischen Krankenversicherung basiert in der Schweiz auf der sog. Managed Competition (Enthoven 1988). Der Wettbewerb führt aber nur dann zu erhofften positiven Wirkungen, wenn sich die Akteur/innen im Rahmen des vorgesehenen Konzeptes bewegen. Sind sie dazu nicht in der Lage, weil ihnen die Gesundheitskompetenzen fehlen, betrifft dies das ganze Systemdesign.

Der ökonomische Ansatz ist ein stark individuelles Konzept, der im Bereich der Institutionenökonomie ergänzt worden ist. Im Zusammenhang mit den Gesundheitskompetenzen ist die Frage aufzuwerfen, ob es auch eine solche der Organisationen und Institutionen gibt.

2.2 Systematisierung der volkswirtschaftlichen Sichtweise

Abbildung 1 zeigt eine Systematisierung, die sich auf die verwendete Definition der Gesundheitskompetenzen, aber auch auf ausgewählte Literatur (BFS 2005, Andrus/Roth 2002, Pawlak 2005, Kickbusch et al. 2005, AAMEDA 2003) abstützt. Es handelt sich dabei um einen ersten Entwurf, der viele Aspekte vereinfacht und selbstverständlich noch weiterentwickelt werden muss. Im Zentrum der Abbildung stehen die Gesundheitskompetenzen, die in einem bestimmten Kontext entstehen und sich in bestimmter Weise auswirken. Der Entstehung und die Wirkungen von Gesundheitskompetenzen sind in mannigfacher Weise von individuellen und gesellschaftlichen Aspekten abhängig. Die Berücksichtigung dieser beiden Ebenen stützt sich auf einen ressourcenbasierten, mehrdimensionalen und dynamischen Gesundheitsbegriff (vgl. Freidl et al. 2001, 52ff.). Gesundheit hat demnach Prozesscharakter und muss immer wieder hergestellt werden. Sie entzieht sich einer monokausalen Erklärung und hat subjektive Elemente.

Abbildung 1: Einbettung der ökonomischen Auswirkungen der Gesundheitskompetenzen



Quelle: Eigene Darstellung

Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von Wahrnehmung, Erschliessung und Inanspruchnahme von internen und externen Ressourcen.³

Zum Entstehungsprozess

Die funktionale Gesundheitskompetenz basiert stark – aber nicht nur – auf dem Ausmass der erworbenen und anwendbaren Literalität. Die Literalität wird von individuellen Faktoren (bspw. von den individuellen Ressourcen), vom sozialen Umfeld (bspw. vom sozioökonomischen Status der Familie) sowie vom generellen gesellschaftlichen Kontext (bspw. Stellenwert der Bildung) bestimmt. Die funktionalen Gesundheitskompetenzen bilden die Basis für die Entwicklung der interaktiven und der kritischen Gesundheitskompetenz. Spezifische gesellschaftliche Bedingungen wirken zusätzlich auf die Ausbildung der «höheren» Gesundheitskompetenzen ein. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Gesundheitserziehung, -bildung und -förderung sowie die Präventionsanstrengungen. Auch die «höheren» Gesundheitskompetenzen können sich nur dann voll ausbilden, wenn die individuellen Ressourcen dies ermöglichen. Die Ressourcen korrelieren dabei bspw. mit dem sozioökonomischen Status.

Der Entstehungsprozess von Gesundheitskompetenzen ist bereits mit wichtigen volkswirtschaftlichen Investitionen verbunden. Zu nennen sind insbesondere:

- die staatlichen Bildungsinvestitionen in der Primarschule sowie auf der Sekundarstufe I (insbesondere auch die Investitionen in die Sprachfähigkeiten der Migrant/innen). Diese beiden Schulstufen prägen die Ausbildung der Literalität als zentraler Voraussetzung für die Ausbildung der funktionalen Gesundheitskompetenz.
- die staatlichen Bildungsinvestitionen auf der Sekundarstufe II (Gymnasien, Berufsbildung), die zur Ausprägung der interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenz beitragen.
- die staatlichen Massnahmen zur Gesundheitsförderung (bspw. über die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz) bzw. zur Prävention (bspw. über das Bundesamt für Gesundheit).
- die betrieblichen Investitionen zur Gesundheitsförderung bzw. -prävention.
- die Massnahmen von Non-Profit-Organisationen (bspw. im Bereich der Migration, der PatientInnenorganisationen oder der Selbsthilfegruppen)
- die out-of-the-pocket-Ausgaben der Individuen, um ihre Gesundheitskompetenzen zu verbessern (bspw. durch die Teilnahme an entsprechenden Weiterbildungsveranstaltungen).

Dabei ist zu beachten, dass bei den genannten staatlichen Bildungsinvestitionen der Erwerb der Gesundheitskompetenzen nur ein Aspekt unter vielen anderen darstellt.

Die Auswirkungen der Gesundheitskompetenzen

Die Vermutung, dass sich die individuellen Gesundheitskompetenzen direkt auf das individuelle Gesundheitsverhalten auswirken und somit den individuellen (wahrgenommenen) Gesundheitszustand **indirekt** mitbestimmen, scheint plausibel. Der Gesundheitszustand wird nicht ausschliesslich durch das individuelle Verhalten determiniert, sondern ist von weiteren individuellen Merkmalen (bspw. von den genetischen Voraussetzungen) bzw. gesellschaftlichen Einflüssen (bspw. von den Arbeitsbedingungen in den Betrieben bzw. von der Qualität der Umwelt) stark mitbeeinflusst. Es ist auch vorstellbar, dass die Gesundheitskompetenzen den wahrgenommenen Gesundheitszustand direkt beeinflussen. Wir gehen davon aus, dies

³ Ressourcen für Gesundheit werden üblicherweise in interne oder individuelle (physische und psychische) und externe (physikalische, materielle, ökologische, kulturelle, organisationale, etc.) Ressourcen eingeteilt. Interne Ressourcen sind beim Individuum, externe Ressourcen beim sozialen Umfeld angesiedelt (Freidl 2001, 53).

wird empirisch zu erhärten sein, dass je höher das Niveau der Gesundheitskompetenzen ist, desto differenzierter der eigene Körper bzw. die eigene Psyche wahrgenommen werden.

Der wahrgenommene Gesundheitszustand wirkt sich auf das Gesundheitswesen, die Wirtschaft sowie die Gesellschaft aus. Im Gesundheitswesen werden Krankheiten diagnostiziert und behandelt. In der Wirtschaft kommt es aufgrund von Krankheiten zu Abwesenheiten und bei langandauernden Krankheiten zu reduzierten Produktivitäten bzw. zu Invaliditäten. In der Gesellschaft können aufgrund von Krankheiten wichtige Aufgaben nur reduziert wahrgenommen werden (bspw. im ganzen Bereich der unbezahlten Betreuungs-, Haus- und Freiwilligenarbeit). Wie gravierend diese Auswirkungen ausfallen, hängt aber nicht nur vom Gesundheitszustand alleine ab. Wiederum spielen individuelle Ressourcen (bspw. der sozio-ökonomische Status) sowie gesellschaftliche Bedingungen (bspw. die Unterstützung durch das soziale Umfeld) eine zentrale Rolle.

Die Gesundheitskompetenzen wirken sich in den drei genannten Bereichen nicht nur indirekt über den Gesundheitszustand, sondern auch **direkt** aus. Die Vermutung scheint begründet, dass der Prozess der Diagnose und Therapie von Krankheiten im **Gesundheitswesen** in Abhängigkeit von den individuellen Gesundheitskompetenzen anders abläuft (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 3). Bei der Diagnose spielt die funktionale Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle. Die Patient/innen müssen ihre gesundheitlichen Beschwerden möglichst präzise schildern können. Die Therapie dürfte umso erfolgreicher sein, je grösser die interaktive Gesundheitskompetenz ist. Diese erlaubt es, mit den Ärzt/innen eine gemeinsame Haltung zum gesundheitlichen Problem zu entwickeln und die Therapien vorschriftsgemäss durchzuführen (Compliance). Ob die Zunahme der Gesundheitskompetenzen immer auch kostensenkend wirken, muss empirisch untersucht werden.⁴

Höhere Gesundheitskompetenzen stärken den Diagnose- und Therapieprozess aber auch von einer anderen Seite her: Die Patient/innen können bewusster Versicherungspakete auswählen, die ihren Präferenzen entsprechen (bspw. eine Versorgung in einem HMO). Damit sind bessere Voraussetzungen für einen erfolgreichen Diagnose- und Therapieprozess gegeben. Dasselbe trifft bei der freien Wahl der Ärzt/innen zu: Erhöhte Gesundheitskompetenzen führen zu einer «fruchtbareren» Wahl.⁵ Die Qualität des Diagnose- und Therapieprozesses im Gesundheitswesen wirkt sich auf die Bereiche Wirtschaft und Gesellschaft aus. Je rascher und nachhaltiger der Prozess abläuft, desto geringer sind die Ausfälle in diesen beiden nachgelagerten Bereichen.

Es kann erwartet werden, dass im Bereich der **Wirtschaft** erhöhte Gesundheitskompetenzen direkt zu reduzierten krankheitsbedingten Abwesenheiten führen. Die Individuen können sich aufgrund ihrer erhöhten Kompetenzen besser für gesundheitserhaltende und –fördernde Arbeitsbedingungen einsetzen.⁶ Darüber hinaus gibt es aber auch zwei weitere Aspekte, die von grosser Bedeutung sind:

■ Die Bereitstellung von Informationen und Angeboten zum Aufbau, zum Erhalt und zum Ausbau der Gesundheitskompetenzen stellt einen eigenen und gewinnträchtigen Markt dar (Kurse, Zeitschriften etc.).

⁴ Domenighetti/Pippone (2002) zeigen, dass gut informierte Patient/innen Leistungen nachfragen, die die Ärzt/innen ohne Einfluss der Patient/innen nicht verschrieben hätten.

⁵ AAMEDA (2003) berichtet von einer Studie, in der nachgewiesen wurde, dass die Gesundheitskosten für Personen mit tiefen Gesundheitskompetenzen vier Mal grösser sind als für solche mit hohen Gesundheitskompetenzen. Allerdings ist unklar, wie dieser Effekt methodisch isoliert worden ist.

⁶ Die Bedeutung der Gesundheitskompetenzen ist nicht in allen Branchen gleich, weil die gesundheitlichen Belastungen differieren. Dabei dürften die Belastungen dort grösser sein, wo die Anzahl der Personen mit niedrigeren Qualifikationen – als Hinweis auf niedrigere Gesundheitskompetenzen – grösser ist.

■ Gesundheitskompetentere Menschen geben mehr Geld für die Prävention und einen gesunden Lebensstil aus. Gleichzeitig sparen sie Geld ein, weil sie weniger häufig und weniger lang krank sind. Die Nettowirkungen sind noch nicht empirisch untersucht. Sollten sie aber positiv sein und die gesundheitskompetenten Menschen letztlich Geld einsparen, so werden diese finanziellen Ressourcen für anderen Konsum (bzw. für das Sparen) frei. Unter Umständen geht davon also ein positiver Konjunkturimpuls aus.

Direkte Auswirkungen der Gesundheitskompetenzen sind auch im Bereich der **Gesellschaft** zu erwarten. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass sich gesundheitskompetentere Individuen eine gesundheitsförderlichere Umgebung einrichten können. In der Folge sind weniger und weniger lange Krankheitsabsenzen zu beklagen. Besonders wichtig sind die Gesundheitskompetenzen bei Personen, die Kinder und Jugendliche bzw. ältere Menschen betreuen und für diese (teilweise) stellvertretend gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen.

In ihrem Literaturüberblick halten Andrus/Roth (2002) bezüglich den **empirisch erhärteten Auswirkungen** reduzierter Gesundheitskompetenzen fest: „The consequences of inadequate health literacy include poor health status, lack of knowledge about medical care and medical conditions, decreased comprehension of medical information, lack of understanding and use of preventive services, poorer self-reported health, poorer compliance rates, increased hospitalizations, and increases health care costs“. Die in Abbildung 1 dargestellten Wirkungszusammenhänge sind somit teilweise bereits empirisch untersucht und erhärtet.⁷

Die volkswirtschaftlichen Aspekte im Bereich der Auswirkungen der Gesundheitskompetenzen können mit dem Begriffspaar der direkten und indirekten Kosten beschrieben werden:

■ Erhöhte Gesundheitskompetenzen dürften, wenn sich die angestellten Zusammenhänge empirisch für die Schweiz nachweisen lassen, zu einer Reduktion der direkten Kosten im Gesundheitswesen führen, indem sich zum einen die Individuen gesundheitsbewusster verhalten und zum andern der Diagnose- und Therapieprozess zielgerichteter abläuft.

■ Erhöhte Gesundheitskompetenzen dürften aber auch in den Bereichen Wirtschaft und Gesellschaft zu reduzierten indirekten Kosten führen. Dies insbesondere dadurch, dass die Individuen krankheitsbedingt weniger abwesend sind und nachhaltiger kuriert werden können.

Kosten und Nutzen einer Erhöhung der Gesundheitskompetenzen

Wir haben aufgezeigt, dass zu geringe Kompetenzen zu volkswirtschaftlichen Folgen in den Bereichen des Gesundheitswesens, der Wirtschaft sowie der Gesellschaft führen können. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass die Bildung von Gesundheitskompetenzen nicht gratis ist. Dies führt dazu, dass wir uns in einem trade-off befinden: Investitionen in Gesundheitskompetenzen kosten Geld, bringen aber auf der anderen Seite auch einen Nutzen, indem die negativen volkswirtschaftlichen Auswirkungen zu geringer Gesundheitskompetenzen in den genannten Bereichen reduziert werden. Für die Schweiz ist daher empirisch zu untersuchen, in welchem Ausmass die Gesundheitskompetenzen ausgebildet sind und mit welchen Folgekosten bereits heute gerechnet werden muss. Dann ist zu untersuchen, wie die Gesundheitskompetenzen erhöht werden können und welche Kosten dies verursacht. Führt man beide Seiten zusammen, kann man Kosten und Nutzen einer zusätzlichen Investition in die Gesundheitskompetenzen ab-

⁷ Für die USA errechnete das CAS (1998) die zusätzlichen Kosten, die durch eine geringe Gesundheitskompetenz entstehen. 30 Milliarden Dollars entfielen auf Personen, die „functionally illiterate“ waren, und 48 Milliarden Dollars auf Personen, die „marginally illiterate“ waren (Total 78 Milliarden Dollars). Gemäss WHO betrugen im Jahr 2002 die Gesundheitskosten in den USA 1'551 Milliarden Dollars. Die durch Personen mit tiefen Gesundheitskompetenzen ausgelösten Zusatzkosten belaufen sich somit auf 5.03 Prozent.

schätzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bereitstellung von Informationen und Angeboten zum Aufbau, Erhalt und Ausbau von Gesundheitskompetenzen ein eigener und gewinnträchtiger Markt darstellt.

Makroökonomische Aspekte von Gesundheitskompetenzen

Ungenügende Gesundheitskompetenzen führen zu Kostenfolgen in den Bereichen Gesundheitswesen, Wirtschaft und Gesellschaft. Was vom Standpunkt der Gesundheitskompetenzen aus negativ zu bewerten ist - «unnötige» Folgekosten, geringere Lebensqualität der Betroffenen -, sieht aus einer makroökonomischen Perspektive etwas anders aus. Die Folgekosten im Gesundheitswesen führen zu zusätzlichen Anstellungen (und damit zu einer Steigerung des Brutto sozialproduktes), damit die Patient/innen behandelt werden können. Oder umgekehrt betrachtet: Werden die Gesundheitskompetenzen erhöht, dann könnte es im Gesundheitsbereich zu einer geringeren Wertschöpfung kommen.⁸ Werden aber bspw. die Akteur/innen für ihr Engagement im Bereich der Gesundheitskompetenzen abgeloht – dies wäre sicher sinnvoll -, dann muss es nicht zu einer Reduktion der Wertschöpfung kommen.

Fazit

Die Gesundheitskompetenzen sind von hervorragender volkswirtschaftlicher Bedeutung. Zu geringe individuelle Gesundheitskompetenzen verursachen Folgekosten im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft. Oder in anderen Worten: Investitionen in die Gesundheitskompetenzen können in den genannten Bereichen zu substantziellen Kosteneinsparungen führen.

2.3 Hinweise zum Stand der Gesundheitskompetenzen

In der Schweiz wurde unseres Wissens bisher noch kein expliziter Versuch der umfassenden Messung der Gesundheitskompetenzen vorgenommen. Allerdings gibt es für die Schweiz erste Ergebnisse aus dem «Adult Literacy and Life Skills Survey». Diese international vergleichende Erhebung wurde im Jahr 2003 durchgeführt und in diesem Jahr (2005) publiziert. Es handelt sich allerdings hier primär um die Messung der Literacy (als eine der Voraussetzungen der Health Literacy). Bei Andrus/Roth (2002) werden demgegenüber für den amerikanischen Kontext explizit Studien zur Messung der Gesundheitskompetenzen referiert. Diese beiden Quellen werden nachfolgend kurz dargestellt.

Ergebnisse des «Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL)»

Im ALL-Survey wurden vier Kompetenzen gemessen: Texte lesen, Lesen von schematischen Darstellungen, Alltagsmathematik sowie Problemlösen (vgl. BFS 2005, OECD 2005). Jede Kompetenz wurde auf einer Skala zwischen 0 und 500 gemessen. Die Skala wurde je nach Kompetenz in vier bis fünf Niveaus eingeteilt. Es nahmen sechs Länder (Schweiz, Norwegen, Kanada, Italien, USA, Bermuda) und eine Landesregion (Nuevo Leon aus Mexiko) an der Untersuchung teil (N=48'345). Im vorliegenden Zusammenhang interessiert weniger der internationale Vergleich als die Verteilung auf die einzelnen Niveaus.

Tabelle 2 zeigt, dass in der Schweiz je nach Kompetenz zwischen 9 bis 29 Prozent nur ein Kompetenzniveau 1 erreichen. Weitere 31 bis 37 Prozent der Untersuchten erreichten nur Kompetenzniveau 2. Addiert man beide Niveaus, so bewegen sich die Werte zwischen 40 und 66 Prozent der Befragten. Die Ex-

⁸ Es wird eine empirisch zu beantwortende Frage darstellen, ob dadurch auch Entlassung verursacht werden. Ev. finden gleichzeitig andere Entwicklungen statt (bspw. ein medizin-technologischer Fortschritt), so dass keine Entlassungen vorgenommen werden. In einem System mit Einzelleistungsvergütung ist zudem zu befürchten, dass die Akteur/innen auf die zurückgehende Nachfrage reagieren werden (angebotsinduzierte Nachfrage).

pert/innen erachten das Niveau 1 und 2 als ungenügend für die volle Teilnahme am Leben unserer Gesellschaft. Niveau 3 stellt ein genügendes Kompetenzniveau dar, das alle erreichen sollten, die die obligatorische Schulausbildung absolviert haben (BFS 2005: 8). In Tabelle 2 wird auch Norwegen aufgeführt, weil Norwegen in den Kompetenzen Lesen von Texten, Lesen von schematischen Darstellungen und Problemlösung am besten abgeschnitten hat. Aggregiert man Niveau 1 und 2 für Norwegen, so bewegen sich die Anteile zwischen 33 und 61 Prozent und liegen insgesamt deutlich tiefer als in der Schweiz. Die USA wurden ebenfalls in Tabelle 2 integriert, weil die nachfolgenden Ergebnisse von Andrus/Roth (2002) primär aus den USA stammen. Es zeigt sich, dass in den USA ein deutlich grösserer Bevölkerungsanteil nur die Literatilitätsniveaus 1 und 2 erreichen (zwischen 52 und 59 Prozent). Insbesondere die Werte auf dem Niveau 1 sind deutlich erhöht.

Tabelle 2: Vergleich der Verteilung der erwachsenen Bevölkerung zwischen 16 und 65 auf die Kompetenzniveaus - Schweiz, Norwegen und den USA (2003)

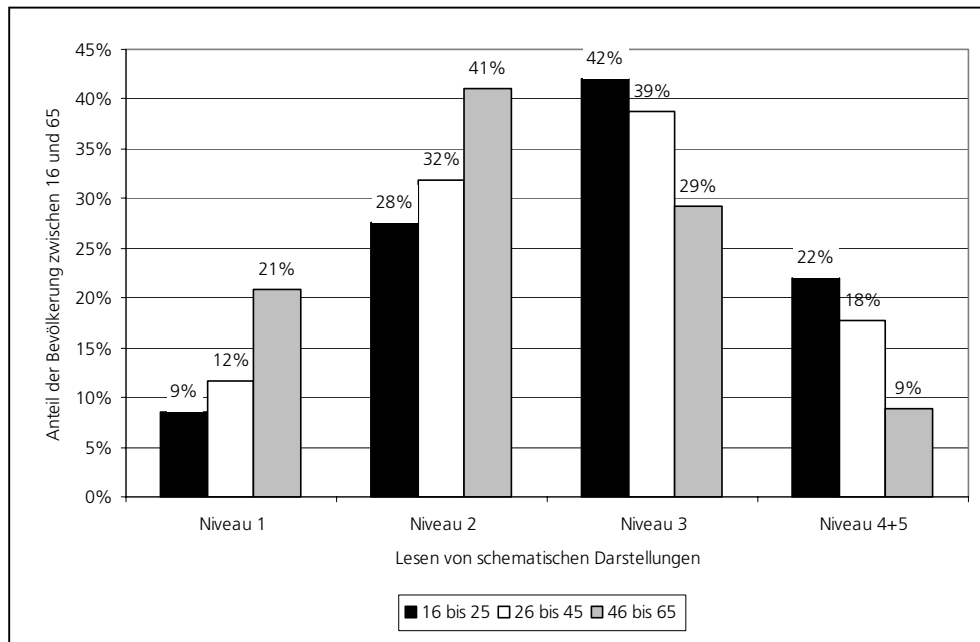
Kompetenzbereiche	Niveau 1			Niveau 2			Niveau 3			Niveau 4+5		
	CH	NOR	USA	CH	NOR	USA	CH	NOR	USA	CH	NOR	USA
Texte lesen	16%	8%	20%	36%	26%	33%	36%	45%	35%	12%	21%	13%
Lesen von schematischen Darstellungen	15%	9%	20%	35%	24%	32%	36%	40%	33%	15%	28%	15%
Alltagsmathematik	9%	11%	27%	31%	30%	32%	38%	42%	29%	23%	18%	13%
Problemlösen	29%	23%		37%	38%		27%	32%		7%	7%	

Quelle: OECD (2005); N (CH) = 5'120; N (NOR) = 5'411; N (USA) = 3'420

In **Abbildung 2** haben wir eine Kompetenz für die Schweiz herausgegriffen – das Lesen von schematischen Darstellungen – und zeigen die Altersabhängigkeit. Es fällt auf, dass älteren Menschen bei den tieferen Kompetenzniveau 1 und 2 deutlich übervertreten sind.

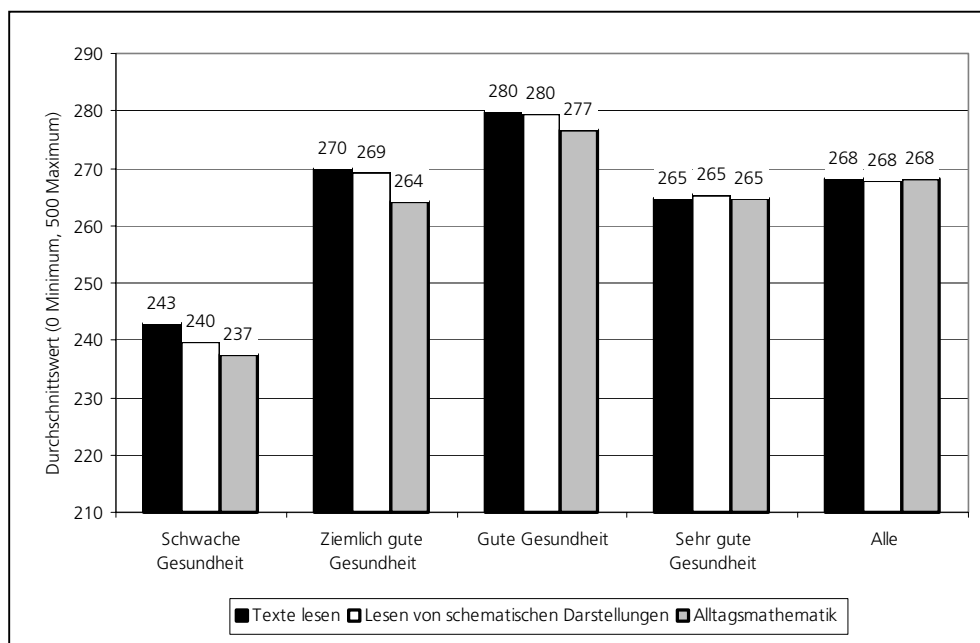
In **Abbildung 3** schliesslich wird für drei Kompetenzen die Assoziation mit dem Gesundheitszustand gezeigt. Wir sprechen bewusst von «Assoziation», weil erst eine multivariate Untersuchung zeigen müsste, ob der Gesundheitszustand als kausal für das Kompetenzniveau oder als Folge des Kompetenzniveaus (mittels der Erwerbsarbeit) interpretiert werden kann. Vor diesem Hintergrund zeigt Abbildung 3, dass eine schwache Gesundheit mit einem deutlich unterdurchschnittlichen Kompetenzniveau assoziiert ist.

Abbildung 2: Vergleich der Verteilung der erwachsenen Bevölkerung zwischen 16 und 65 auf die Kompetenzniveaus beim Lesen von schematischen Darstellungen – Schweiz (2003)



Quelle: OECD (2005); N=5'120

Abbildung 3: Vergleich der Verteilung der erwachsenen Bevölkerung zwischen 16 und 65 auf die Kompetenzniveaus gemäss dem Gesundheitszustand – Alle teilnehmenden Länder (2003)



Quelle: OECD (2005); eigene Berechnung (N=48'345)

Messung von Health Literacy

Andrus/Roth (2002) beschreiben in ihrer Literaturübersicht die verschiedenen Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenzen sowie die empirisch belegten Zusammenhänge. Zur Prävalenz mangelnder funktionaler Gesundheitskompetenzen fassen die Autorinnen die Literatur wie folgt zusammen:

- Eine Anwendung des Testes TOFHLA (The Test of Functional Health Literacy in Adults) bei 400 Notfallpatient/innen zeigte, dass schlechter Gebildete signifikant schlechtere Ergebnisse erzielten.
- Bei 217 Patient/innen einer Notfallstation wurden nach der Konsultation danach befragt, welche Instruktionen sie verstanden hatten. 23 Prozent der Befragten verstanden mindestens eine der Instruktionen nicht, weitere 4 Prozent verstanden mindestens zwei Instruktionen nicht. Patient/innen mit tiefem Level der gemessenen Literacy schnitten schlechter ab.
- In einer grösser angelegten Studie in Los Angeles und Atlanta wurden bei 2'656 Patient/innen aus ärmeren Bevölkerungsschichten die funktionalen Gesundheitskompetenzen gemessen. 35 Prozent der Englisch-sprechenden Patient/innen in Atlanta, 42 Prozent der Spanisch-sprechenden Patient/innen in Los Angeles und 13 Prozent der Englisch-sprechenden Patient/innen in Los Angeles erfüllten die minimalen Bedingungen der funktionalen Gesundheitskompetenzen nicht.
- In einer Studie von Medicare-Versicherten (65 Jahre und älter; N=3'260) wiesen mehr als ein Drittel die minimalen funktionalen Gesundheitskompetenzen nicht auf.

3 Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen

Im dritten Kapitel fokussieren wir auf die Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen. In Abschnitt 3.1. stellen wir die verschiedenen Bedeutungsbereiche zusammen. Anschliessend fragen wir nach den Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen (Abschnitt 3.2.). Im dritten Abschnitt diskutieren wir mögliche Massnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen (3.3). Es geht also nicht um Massnahmen in anderen Bereichen – bspw. im Bildungsbereich –, sondern nur um solche im Gesundheitswesen. In Abschnitt 3.4. diskutieren wir kurz verschiedene Aspekte der Auswirkungen der Gesundheitskompetenzen, die nicht übergangen werden sollten. In Abschnitt 3.5. schliessen wir den Abschnitt mit einem Fazit ab.

3.1 Die Bedeutung der Gesundheitskompetenzen

Im Gesundheitswesen handeln vier Gruppen von Akteur/innen: Die Versicherten bzw. Patient/innen, die Versicherer, die ambulanten und stationären Leistungserbringer/innen sowie Bund, Kantone und Nicht-Regierungsorganisationen (bspw. Rotes Kreuz, Stiftung Gesundheitsförderung etc.). Gesundheitskompetenzen können nur beim Individuum abgegriffen und gemessen werden. Wir nehmen daher die Sichtweise der Versicherten bzw. Patient/innen ein und fragen uns, welche Anforderungen auf den drei Ebenen der Gesundheitskompetenzen – funktional, interaktiv und kritisch – auf sie zukommen, wenn sie mit anderen Akteur/innen interagieren (vgl. **Tabelle 3**).

■ **Interaktion der Versicherten mit anderen Versicherten/Patient/innen:** Auf der funktionalen Ebene steht das Beschaffen und Verstehen von Informationen im Vordergrund. In der Interaktion mit anderen Versicherten/Patient/innen geht es vor allem um das Beschaffen und Verstehen von Informationen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens («Wie kann ich gesund leben?»), aber auch hinsichtlich der Erfahrungen im Umgang mit Krankheiten und dem Gesundheitswesen (mit Versicherern, Leistungserbringer/innen etc.). Auf der Ebene der interaktiven Gesundheitskompetenz wird vom Individuum gefordert, dass es seine eigenen Erfahrungen im Austausch mit anderen Personen verfügbar machen kann. Auf der Ebene der

3 Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen

kritischen Gesundheitskompetenz schliesslich wird erwartet, dass die Versicherten bzw. Patient/innen die vorhandenen und verstandenen Informationen bewerten können (Abwägen von Vor- und Nachteilen). Speziell sei auf zwei Bereiche mit besonderer Bedeutung hingewiesen:

a) Die zunehmende Bedeutung von E-Health erhöht die Anforderungen an die Informationsbeschaffung, weil sie voraussetzt, dass die Versicherten auch mit dem Medium des Computers und des Internets vertraut sind.

b) Besondere Bedeutung bekommt die Interaktion mit anderen Versicherten, wenn diese Kinder oder pflegebedürftige ältere Menschen sind. Die betreuenden Personen benötigen in dieser Situation genügend Gesundheitskompetenzen auf allen drei Ebenen, um für die ihnen anvertrauten Personen die richtigen gesundheitsrelevanten Entscheidungen zu treffen. Besonders das Systemwissen ist in diesem Zusammenhang wichtig: Wer bietet wann welche Unterstützung?

Tabelle 3: Die Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen

Ebene der Gesundheitskompetenzen aus der Sicht der Versicherten	... anderen Versicherten / Patient/innen	Interaktion der Versicherten mit Versicherer	... Leistungserbringer/innen (LE)	... Bund, Kantone und NGO
Funktional	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beschaffung und Verstehen von Informationen über gesunde Lebensstile ■ Verstehen der Erfahrungen anderer Versicherten bzw. Patient/innen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beschaffung und Verstehen von Informationen über Versicherungsverträge bzw. Versicherer 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beschaffung und Verstehen von Informationen über LE ■ Orientierung in Spitälern ■ Formulare ausfüllen ■ Verstehen der ärztlichen Anweisungen ■ Sich selbst ausdrücken können 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beschaffung und Verstehen von Informationen über Präventionsmöglichkeiten, über die Prämienverbilligungen und den Funktionsmechanismus des Gesundheitswesens
Interaktiv	<ul style="list-style-type: none"> ■ Austausch der Erfahrungen mit anderen Versicherten bzw. Patient/innen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wechsel des Versicherungsvertrages ■ Wechsel des Versicherers 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gespräch mit LE (vor allem Ärzt/innen) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Austausch der Erfahrungen mit anderen Versicherten bzw. Patient/innen hinsichtlich der Prämienverbilligungen und den Funktionsmechanismus des Gesundheitswesens
Kritisch	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewertung der eigenen und der Erfahrungen anderer Versicherten bzw. Patient/innen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auswahl eines Versicherungsvertrages ■ Auswahl eines Versicherers ■ Prüfung von Rechnungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auswahl der LE ■ Auswahl aus mehreren konkurrierenden Therapien ■ Compliance 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewertung der Erfahrungen anderer Versicherten bzw. Patient/innen hinsichtlich der Prämienverbilligungen und den Funktionsmechanismus des Gesundheitswesens

Quelle: Eigene Darstellung

■ Interaktion der Versicherten mit den Versicherern: Auf der Ebene der funktionalen Gesundheitskompetenz geht es in der Interaktion mit den Versicherern darum, Informationen über Versicherungsverträge, Prämien und die verschiedenen Versicherer zu sammeln und zu verstehen. Diese Anforderungen sind in der Schweiz heute hoch, weil die entsprechenden Publikationen schwer zu finden sind und sehr technisch gehalten werden. Auf der interaktiven Kompetenzebene sollten die Individuen fähig sein, Wechsel von Versicherern bzw. von Versicherungsverträgen durchzuführen. Auch dies ist heute nicht einfach, weil verschiedene Schritte zu beachten sind. Die Versicherer haben zudem aufgrund des mangelhaft ausgestalteten Risikoausgleichs zwischen den Versicherern einen Anreiz, vor allem gesunde Versicherte anzuziehen (vgl. Spycher 2004a,b). Dies führt dazu, dass sie ihrer Informationspflicht bewusst selektiv nachkommen. Es gibt bspw. Versicherer, die ihr Angebot nur auf dem Internet zugänglich machen. Auf der Ebene der kritischen Gesundheitskompetenzen müssen die Versicherten fähig sein, zwischen verschiedenen Versicherungsverträgen (Franchisen, HMO, Bonusversicherung, verschiedene Arten von

Zusatzversicherungen etc.) bzw. zwischen verschiedenen Versicherern auszuwählen. Die stellt heute besonders grosse Erfordernisse. Die Evaluation der verschiedenen Franchisehöhen in der Grundversicherung verlangt bspw., dass man die eigenen Gesundheitskosten des kommenden Jahres abschätzt. Erst aufgrund dieser Schätzung kann die Frage beantwortet werden, welche Franchisehöhe optimal ist. Zur kritischen Gesundheitskompetenz gehört auch die Rechnungsprüfung. Auch dies ist nicht einfach, weil die Rechnungen nicht so geschrieben sind, dass sie sofort verstanden werden können (kompliziertes Tarifsystern). Besonders schwierig wird es, wenn stationäre Leistungen in Anspruch genommen werden und eine Spital-Zusatzversicherung bei einem anderen als dem Grundversicherer vorliegt. Hier müssen die Versicherten nicht selten selbst entscheiden, wer welche Rechnung zu bezahlen hat.

■ **Interaktion der Versicherten mit den Leistungserbringer/innen:** In der Interaktion mit den ambulanten und stationären Leistungserbringer/innen – vor allem natürlich mit den Ärzt/innen – nehmen die funktionalen Gesundheitskompetenzen einen ganz zentralen Stellenwert ein. Es geht darum, dass die Patient/innen die Leistungserbringer/innen konkret finden, dass sie sich in Spitälern orientieren können, dass sie Formulare ausfüllen können, dass sie ihre Beschwerden artikulieren können und dass sie vor allem die Anweisungen der Ärzt/innen verstehen. Andrus/Roth (2002) zeigen, dass es gerade auf der Ebene der funktionalen Gesundheitskompetenzen im Austausch mit den Leistungserbringer/innen grosse Defizite gibt.

Auf der Ebene der interaktiven Kompetenz kommt es darauf an, dass sich die Patient/innen mit den Leistungserbringer/innen austauschen und gemeinsam den besten Diagnose- und Therapieweg festlegen können. Auf der Ebene der kritischen Gesundheitskompetenz kommen weitere wichtige Anforderungen dazu: Patient/innen müssen verschiedene Leistungserbringer/innen vergleichen und auswählen können. Dies ist besonders schwierig, weil derartige Informationen in der Schweiz kaum vorliegen. Dann müssen sie zwischen verschiedenen Diagnose- und Therapiewegen abwägen und auswählen können. Schliesslich gehört auch die Compliance in diesen Bereich. Eine gute Compliance kommt nur dann zustande, wenn die Informationen vorliegen, wenn sich die Patient/innen mit den Ärzt/innen ausgetauscht haben und wenn ein tieferliegendes kritisches Bewusstsein für die Einhaltung der Therapie vorhanden ist.

■ **Interaktion der Versicherten mit Bund, Kantonen und NGO:** Bund und Kantone nehmen für die Versicherten nur punktuell eine sichtbare Rolle ein. Es sind dies vor allem drei Bereiche: Erstens übernimmt der Bund verschiedene Bestrebungen zur Prävention. Es stellt sich die Frage, ob damit auch Menschen mit geringen Gesundheitskompetenzen erreicht werden können und ob sich ihr Verhalten in der Folge ändert. Zweitens spielen die Prämienverbilligung und drittens die Abstimmungen über gesundheitspolitische (System-)Vorlagen eine Rolle. Bei beiden letztgenannten Bereichen geht es bei der funktionalen Gesundheitskompetenz um die Beschaffung und das Verstehen der Informationen, auf der Ebene der interaktiven Kompetenz um den Austausch mit anderen Versicherten sowie auf der Ebene der kritischen Kompetenz um das Bewerten vorhandener Informationen, um die richtige Entscheidung treffen zu können. Beide Sachbereiche sind auf der Ebene der funktionalen und der kritischen Kompetenz heute problematisch. Die Informationsbeschaffung ist äusserst schwierig. Wir vermuten, dass es in vielen Kantonen den Versicherten nicht klar ist, wie sie zu einer Prämienverbilligung kommen können. Ebenfalls liegen keine Publikationen vor, die das heutige Gesundheitssystem mit seinen Vor- und Nachteilen einfach und transparent darstellt. Noch schwieriger wird es auf der Ebene der kritischen Kompetenz. Vorlagen wie diejenige der Volksinitiative, die eine Einführung der Einheitskrankenkasse fordert, zeigen auf, dass ein grosse und umfassende Systemkenntnisse notwendig sind, um einen informierten Entscheid zu treffen. Die Versicherten befinden sich auch mit NGO in Interaktionen (bspw. mit der Stiftung Gesundheitsförderung). Um die von diesen Institutionen bereitgestellten Informationen aufnehmen und verarbeiten zu können – und dies betrifft zentrale Bereiche der Prävention und Unterstützung bei Krankheiten – ist das Vorhandensein von Gesundheitskompetenzen zentral.

Bereits diese kurze und sicher nicht vollständige Zusammenstellung der direkten Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen zeigt auf, dass sehr hohe Anforderungen an die funktionalen, interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenzen gestellt werden. Im Wissen darum, dass substantielle Teile der Bevölkerung dieses Mass an Gesundheitskompetenzen nicht mitbringen, muss kritisch nach den ökonomischen Konsequenzen fehlender Gesundheitskompetenzen gefragt werden.

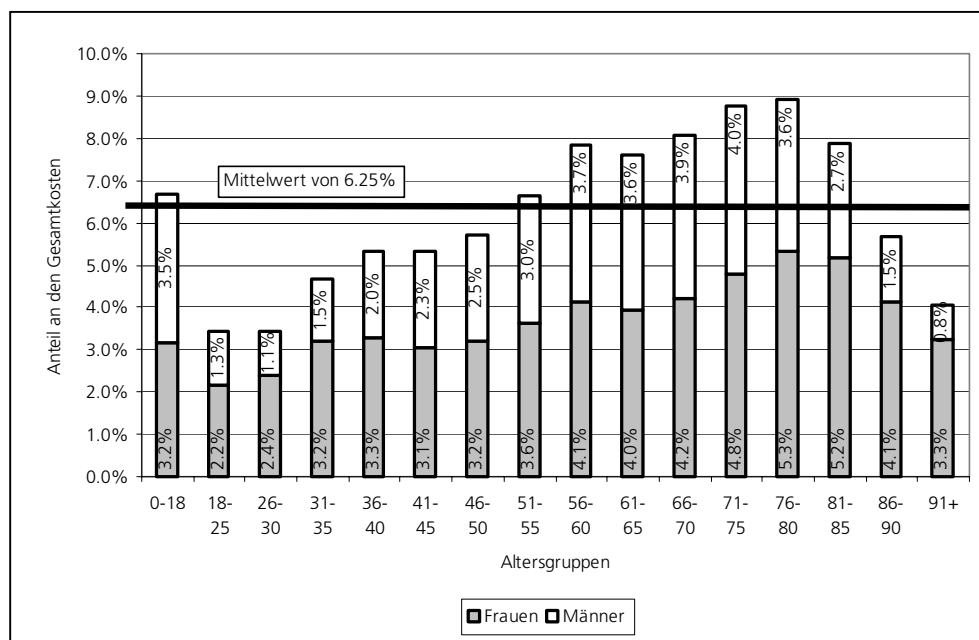
Gesundheitskosten und Gesundheitskompetenzen

Zweifelsohne stehen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Vordergrund, wenn es darum geht, Gesundheitskompetenzen auszubilden. Es gibt aber mindestens zwei Gründe, um den Gesundheitskompetenzen im fortgeschrittenen Erwachsenenalter besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen:

■ Wir gehen davon aus – dies wird empirisch zu erhärten sein –, dass einmal gebildete Gesundheitskompetenzen nicht selbsterhaltend sind. Vielmehr dürfte es eine kontinuierliche Anstrengung bedeuten, diese zu erhalten und weiterzuentwickeln. Insbesondere kritische Erlebnisse mit der eignen Gesundheit dürften dazu führen, dass Gesundheitskompetenzen verstärkt aktiviert und ausgebildet werden. In diesen Momenten müssen die Versicherten auf Ressourcen zurückgreifen können bzw. benötigen entsprechende Unterstützungen.

■ **Abbildung 4** zeigt der Anteil der Alters- und Geschlechtsgruppen an den entstandenen Gesundheitskosten. Berücksichtigt wird somit die Anzahl der Versicherten und ihre durchschnittlichen Kosten. Es zeigt sich, dass die grössten Kosten in den Altersgruppen zwischen 51 bis 85 Jahre entstehen. Die Menschen in diesem Alterssegment müssen daher in besonderem Masse über Gesundheitskompetenzen verfügen. Eine Strategie zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen darf sich daher – soll sie auch kurz- und mittelfristig wirksam sein – keinesfalls nur auf die jüngsten Versicherten beschränken.

Abbildung 4: Anteil der Geschlechts- und Altersgruppen an den Gesundheitskosten – Schweiz (2003)



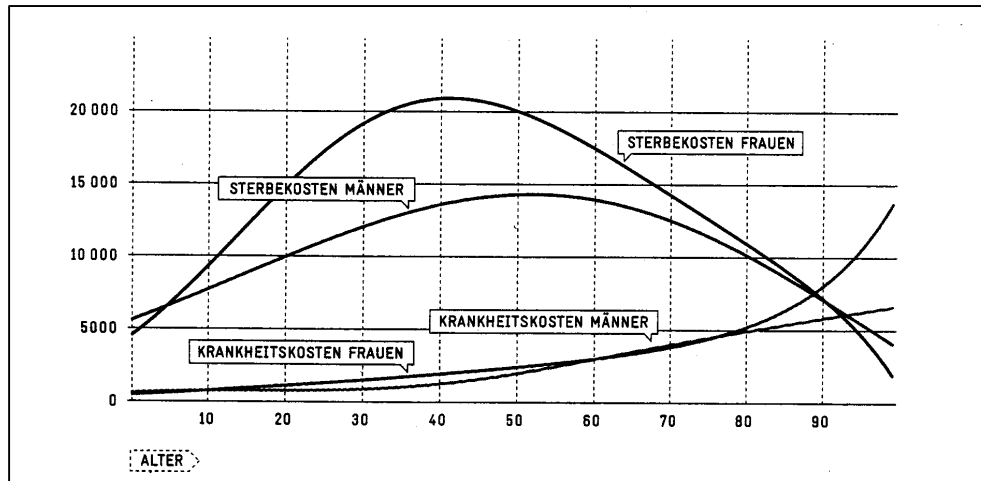
Quelle: BAG, Statistik der Krankenversicherung 2003

Abbildung 4 zeigt auch interessante Unterschiede aus der Genderperspektive: Bei den Frauen nimmt der Anteil am Total der Gesundheitskosten zwischen 61 und 76-80 Jahren zu und erreicht in der letztgenannten Gruppe den Höhepunkt. Bei den Männern ist dieser starke Anstieg nicht festzustellen. Die Gruppen

56-60 Jahre bis 71-75 Jahre liegen ungefähr gleich hoch. Explizit sei darauf hingewiesen, dass sich die offiziellen KVG-Daten nur bedingt für eine Genderanalyse eignen (vgl. dazu Camenzind/Meyer 2004).

Abbildung 5 zeigt, dass die erhöhten Kosten im mittleren Alterssegment auch auf die erhöhten Sterbekosten zurückzuführen sind. Die Sterbekosten sind nicht bei den ältesten Menschen am grössten, sondern im mittleren Lebensalter.

Abbildung 5: Die Sterbekosten von Männern und Frauen



Quelle: Steinemann / Telser (2005)

3.2 Die Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen

In Abbildung 1 haben wir zwischen einer direkten und einer indirekten Wirkung der Gesundheitskompetenzen auf das Gesundheitswesen unterschieden. Die direkte Wirkung haben wir im vorangegangenen Abschnitt 3.1. erläutert. Die indirekte Wirkung ergibt sich aus der Beeinflussung des Gesundheitszustandes und des Gesundheitsverhaltens. Kurz zusammengefasst kann man sagen, dass reduzierte Gesundheitskompetenzen ceteris paribus zu einem schlechteren Gesundheitszustand bzw. zu einem weniger kompetenten Verhalten im Gesundheitssystem führen. Die Regel «ceteris paribus» meint, dass alle anderen Rahmenbedingungen sonst gleich sind. Konkret bedeutet dies beim Gesundheitszustand, dass wir davon ausgehen, dass sich zwei in jeder Hinsicht identische Individuen (auch hinsichtlich ihres Umfeldes) in ihrem Gesundheitszustand unterscheiden, wenn die Gesundheitskompetenzen auseinanderfallen.

Die Auswirkungen dieser beiden Aspekte differenzieren wir nach den drei Zielen des Krankenversicherungsgesetzes (vgl. Bundesrat 1991): Erhöhung der Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank», massvolle Kostenentwicklung im Ausmass der Teuerung der Konsumentenpreise, Sicherung einer qualitativ hochstehenden Versorgung. **Tabelle 4** nennt die wichtigsten Konsequenzen der fehlenden Gesundheitskompetenzen nach den Zielbereichen:

Tabelle 4: Auswirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen auf die Zielerreichung des KVG

Auswirkung mangelnder Gesundheitskompetenzen	Ziel 1: Solidarität	Ziel 2: Massvolle Kostenentwicklung	Ziel 3: Gute Versorgungsqualität
Indirekte Wirkung: Schlechterer Gesundheitszustand	■ Erhöhte Krankheitsbetroffenheit von Nicht-Kompetenten und damit geringere Lebensqualität	■ Verhinderbarer Bedarf verursacht Mehrkosten	
Direkte Wirkung: Weniger kompetentes Verhalten im Gesundheitssystem	■ Teilweise Entsolidarisierung zwischen Kompetenten und Nicht-Kompetenten	■ Mehrkosten aufgrund eines weniger adäquaten Verhaltens ■ Reduktion des Konkurrenzdrucks unter den Versicherern und damit weniger effizientes Verhalten ■ Reduzierte Wahl neuer Versicherungsformen	■ Unterschiedliche Versorgungsqualität bei gleichem Gesundheitszustand

Quelle: Eigene Darstellung

■ **Ziel Erhöhung der Solidarität:** Der schlechtere Gesundheitszustand von weniger gesundheitskompetenten Menschen führt zu einer erhöhten Krankheitsbetroffenheit und damit zu einer reduzierten Lebensqualität. Die Gesundheitskompetenzen wirken somit ähnlich wie die soziale Schichtung der Gesellschaft: Gesellschaftliche Ungleichheiten setzen sich im Gesundheitsbereich fort. Diese Ungleichheit wird im Gesundheitssystem durch fehlende Gesundheitskompetenzen weiter verstärkt, weil sich weniger gesundheitskompetente Menschen weniger kompetent im Gesundheitswesen bewegen können. Es kann vermutet werden, dass wenig gesundheitskompetente Menschen das Gesundheitssystem weniger beanspruchen und somit weniger die (finanzielle) Solidarität der Gesunden einfordern. Das in der Schweiz verankerte Prinzip der Kopfprämie führt automatisch zu einem starken Ausgleich zwischen Gesund und Krank. Dies aber nur dann, wenn sich die Menschen ins Gesundheitssystem begeben. Im Gesundheitswesen selbst gibt es zwei Aspekte, die weniger Kompetente benachteiligen:

a) Die Versicherer betreiben heute aktiv Risikoselektion, bspw. durch die Neugründung von Kassen. Weniger gesundheitskompetente Menschen werden weniger von den Prämienvorteilen der neuen Kassen profitieren können, weil sie bspw. die Wechselmodalitäten zu wenig verstehen. Sie verbleiben in den herkömmlichen Kassen, die immer höhere Prämien zahlen, weil die gesunden, gesundheitskompetenten und meist jungen Menschen in die Billigkassen wechseln.

b) In der Schweiz kennen wir über die Wahlfranchisen und den prozentualen Selbstbehalt eine substantielle Kostenbeteiligung der Versicherten. Kränkere Menschen müssen mehr Kosten übernehmen als Gesunde. Untersuchungen für die Schweiz belegen, dass sozioökonomisch schlechter gestellte Individuen krankheitsanfälliger sind (Bisig/Gutzwiller 2004). Wenn der sozioökonomische Status auch mit den Gesundheitskompetenzen korreliert, dann kann davon ausgegangen werden, dass die weniger gesundheitskompetenten Menschen finanziell stärker belastet werden. Zu berücksichtigen bleibt dabei die für die einkommensschwächeren ausgeschütteten Prämienverbilligungen.

■ **Ziel Massvolle Kostenentwicklung:** Durch geringe Gesundheitskompetenzen entstehen auf beiden diskutierten Achsen deutliche Mehrkosten: (a) Der aufgrund der geringeren Gesundheitskompetenzen verursachte schlechtere Gesundheitszustand führt zu erhöhten Diagnose- und Behandlungskosten. (b) Das in vielfacher Hinsicht weniger adäquate Verhalten der Menschen mit geringen Gesundheitskompetenzen innerhalb des Gesundheitswesens führt zu deutlichen Mehrkosten (bspw. über die schlechte Compliance oder das zu späte Aufsuchen von Leistungserbringer/innen).

Dann gibt es aber auch vermeidbare Mehrkosten, weil sich die weniger gesundheitskompetenten Versicherten nicht so verhalten wie es das dem KVG zugrunde liegende Konzept des «gelenkten Wettbewerbs» vorsieht (vgl. Spycher 2004c). Der «gelenkte Wettbewerb» geht davon aus, dass die Versicherer in

starkem Konkurrenzdruck stehen, weil die Versicherten zwei Mal pro Jahr die Kasse hin zu einem günstigeren Anbieter wechseln können.⁹ Dieser Konkurrenzdruck soll dazu führen, dass die Gesundheitskosten aktiv kontrolliert und gesenkt werden, um am Markt eine vorteilhafte Position zu erreichen. Wenn weniger gesundheitskompetente Versicherte zu zahlreich sind, dann wird dieser Konkurrenzdruck stark abgeschwächt, weil diese Versicherten aufgrund der Kompetenzerfordernissen kaum den Versicherer wechseln werden.¹⁰ Einmal erreichte Konkurrenzvorteile können so fortgeschrieben werden und sind weniger stark bedroht.

Ebenfalls kostenrelevant ist die reduzierte Wahl von Versicherungsformen, von denen man sich im Bereich des Gesundheitskostenmanagements besondere Vorteile erhofft (Hausarzt-/Hausärztinnen-Modelle, HMO etc.). Derartige Modelle werden weniger oft gewählt, weil es alle Ebenen der Gesundheitskompetenz gefordert sind, wenn man sich für ein solches Modell entscheiden will.

■ **Ziel Qualitativ gute Versorgung:** Im Bereich der Qualität der Versorgung wirken sich die geringeren Gesundheitskompetenzen vor allem im Gesundheitswesen selbst aus. Wir gehen davon aus, dass weniger gesundheitskompetente Menschen zu einer weniger guten Versorgung kommen. Dies hat vor allem damit zu tun, dass Gesundheit (teilweise) auch als Produkt in der Interaktion zwischen Ärzt/innen und Patient/innen hergestellt wird. Wenn Menschen sich weniger gut beschreiben können, die Anweisungen der Ärzt/innen schlechter verstehen und weniger compliant sind, dann führt dies letztlich zu einem schlechteren Ergebnis als bei gesundheitskompetenteren Menschen.

Fehlende Gesundheitskompetenzen wirken sich demnach in allen Zielbereichen des KVG aus, insbesondere aber auch bei den Kosten. Zur Zeit liegen keinerlei Schätzungen vor, in welchem Ausmass zusätzliche Kosten entstehen, die auf mangelnde Gesundheitskompetenzen zurückgeführt werden können. Aus einer amerikanischen Studie lässt sich aber unter gewissen Annahmen ein grober Kostenrahmen ableiten (CAS 1998):

■ In der besagten Studie werden die auf die mangelnden Gesundheitskompetenzen zurückzuführenden Mehrkosten auf 73 Milliarden Dollar oder auf 5.03 Prozent der Gesundheitskosten geschätzt.

■ Die USA dürfen vom Phänomen der mangelnden Gesundheitskompetenzen stärker betroffen sein als die Schweiz. Wenn wir aus Tabelle 2 eine um 40 Prozent reduzierte Betroffenheit annehmen, dann könnten der Anteil an den Kosten 3.02 Prozent betragen.

■ Übertragen wir diesen Anteil auf die in der Schweiz entstandenen Gesundheitskosten im Jahr 2003, dann dürften rund **1.5 Milliarden Franken** an vermeidbaren Mehrkosten entstanden sein. **694 Millionen Franken** (46%) der 1.5 Milliarden Franken dürften dabei auf die obligatorischen Krankenpflegeversicherung entfallen.

Selbstverständlich handelt es sich bei den vorgenommenen Kostenschätzungen nur um sehr grobe Angaben. Sie weisen aber darauf hin, dass es sich beim Phänomen der mangelnden Gesundheitskompetenzen um ein auch quantitativ sehr relevantes Problem handelt. Explizit sei darauf hingewiesen, dass verschiedene Kostenkomponenten mit der genannten Schätzung nicht abgedeckt sind:

■ Die Kostenschätzung geht von den fehlenden Gesundheitskompetenzen aus. Eine Erhöhung der Kompetenzen würde mehr einsparen als der genannte Fehlbetrag, weil sich die betroffenen Menschen gesundheitsbewusster verhalten würden.

⁹ Artikel 7 Absatz 1 KVG: Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln.

¹⁰ Die Prämienverbilligungen reduzieren in einigen Kantonen ganz generell den Konkurrenzdruck zwischen den Versicherern, weil die Prämien unabhängig vom gewählten Versicherer übernommen werden. In einigen Kantonen werden heute nur die Kosten einer sog. Richtprämie übernommen. Die Richtprämie liegt oft unter der durchschnittlichen Prämie des Kantons.

■ Die fehlenden Gesundheitskompetenzen wirken sich auch im Bereich der Wirtschaft und Gesellschaft aus. Diese Kosten sind nicht enthalten.

3.3 Mögliche Massnahmen im Bereich der Gesundheitskompetenzen

In diesem Abschnitt gehen wir der Frage nach, welche Massnahmen im Gesundheitswesen selbst ergriffen werden können, um die negativen Kostenfolgen mangelnder Gesundheitskompetenzen einzudämmen. Wir haben uns dabei von den bisherigen Ausführungen und von den Ideen in der von uns konsultierten Literatur (AAMEDA 2003, Andrus/Roth 2002, Sihota/Lennard 2004) leiten lassen.

Es gilt zu klären, was Massnahmen im Gesundheitswesen erreichen können. Im Vordergrund stehen solche, die die negativen Auswirkungen nicht oder mangelhaft vorhandener Gesundheitskompetenzen dämpfen (bspw. verständlichere Informationen), weil sie einfacher und rascher zu ergreifen sind. Massnahmen, die die Gesundheitskompetenzen selbst erhöhen, sind komplexer und bedeuten einen grösseren Aufwand. Daher dürften sie eher in zweiter Linie ergriffen werden. **Tabelle 5** zeigt denkbare Massnahmen zum ersten Aspekt (Dämpfung der negativen Auswirkungen).

Tabelle 5: Mögliche Massnahmen im Gesundheitswesen zur Dämpfung der negativen Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen

Ebene der Gesundheitskompetenzen	Mögliche Massnahmen	Träger/innen der Massnahmen	Kosten der Massnahmen
Funktional	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informationen leichter zugänglich machen ■ Informationen verständlicher aufbereiten (inkl. Mehrsprachigkeit; verstärkter Einsatz von nicht-geschriebener Information) ■ Mehr Informationsmaterial (auch zu Therapien etc.) ■ Schaffung einer nicht-diskriminierenden Umgebung ■ Anstellung von Personal aus verschiedenen Kulturkreisen (in grösseren Organisationen) ■ Defizite bei der funktionalen GK sichtbar machen ■ Einführung von Anreizen, die zur Erhöhung der funktionalen GK führen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Versicherer ■ Leistungserbringer/innen ■ BAG ■ Regierung / Parlament ■ Kantone 	Die Kosten verteilen sich auf viele Träger/innen und verursachen bei den jeweiligen Träger/innen moderate bis grössere Zusatzkosten
Interaktiv	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einsatz von Sprachmittler/innen bei Migrant/innen ■ Sensibilisierung und Weiterbildung von Ärzt/innen und Pflegenden ■ Stärkung der Rolle der Gatekeeper/innen, damit die Begleitung durch das System gewährleistet ist ■ Anpassung der Abgeltungssysteme für Ärzt/innen, damit sich das Engagement für Menschen mit geringen GK lohnt ■ Unterstützung von PatientInnenorganisationen, Selbsthilfegruppen etc. ■ Vereinfachung des Wechselverfahrens zwischen Versicherern 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Änderung von Anreizen verursacht keine Kosten ■ Sensibilisierungen und Änderungen der Weiterbildung verursachen moderate Kosten ■ Der Einsatz von Sprachmittler/innen verursacht grössere Kosten
Kritisch	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mehr Informationen zum Vergleich von Versicherern, Therapien und LE 		Grössere Kosten

Quelle: Eigene Darstellung (unter Berücksichtigung von AAMEDA 2003, Andrus/Roth 2002, Sihota/Lennard 2004)

Massnahmen zur Dämpfung der negativen Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen

Die Träger der dämpfenden Massnahmen sind die heute bereits tätigen Akteur/innen des Gesundheitswesens (Versicherer, Leistungserbringer/innen, BAG, Bund, Kantone). Dazu können aber weitere Akteur/innen kommen, wenn es um die spezifische Umsetzung einzelner Massnahmen geht, bspw. im Be-

reich der interkulturellen Sprachmittler/innen. Nachfolgend diskutieren wir die Massnahmen entlang der drei Ebenen der Gesundheitskompetenzen:

■ **Funktionale Gesundheitskompetenzen:** Die funktionalen Gesundheitskompetenzen bilden die Basis für die darauf aufbauenden interaktiven und kritischen Kompetenzen. Daher sind sie sehr wichtig. Im Zentrum der dämpfenden Massnahmen steht somit das Anliegen, Informationen leichter zugänglich und verständlich zu machen. Die Versicherer haben bspw. bereits vom Gesetz her die Verpflichtung, ihre Versicherten zu informieren. Meistens kommen sie heute dieser Aufgabe nur ungenügend nach. Zudem besteht, wie bereits erwähnt, sogar ein gewisses Interesse, nicht transparent und verständlich zu informieren. Die Verständlichkeit von Informationen hat mehrere Dimensionen: Die Texte müssen nicht nur einfach, sondern auch in verschiedenen Sprachen verfügbar sein. Zudem sollten die Informationen auch in nicht-geschriebenen Formen vorliegen (bspw. als Video). Daneben müssen aber auch Informationslücken geschlossen werden. Bspw. sollten bei mehr Krankheiten einfache und verständliche Materialien vorliegen, die die Diagnose und Therapie der Krankheit erläutern.

Aus der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Schaffung einer nicht-diskriminierenden Umgebung sehr wichtig ist. Wenn Patient/innen die Erfahrung gemacht haben, dass sie aufgrund mangelhaft vorhandener Gesundheitskompetenzen Nachteile erleiden, ziehen sie sich noch mehr zurück. Dazu gehört bspw. in grösseren Organisationen die Anstellung von Personal aus verschiedenen Kulturkreisen.

Weiter muss auch darüber nachgedacht werden, wie die Defizite bei den funktionalen Gesundheitskompetenzen aufgedeckt werden können. Wenn die Leistungserbringer/innen wissen, dass sie es mit Menschen mit reduzierten Gesundheitskompetenzen zu tun haben, können sie bewusst darauf reagieren. Generell muss darüber nachgedacht werden, ob den Akteur/innen nicht Anreize gesetzt werden müssen, damit sie auf Menschen mit reduzierten Gesundheitskompetenzen stärker eingehen. Bereits heute wäre es ja möglich (bzw. über Artikel 27 des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes gesetzlich gefordert), derartige Aktivitäten zu entfalten. Dennoch wird zu wenig unternommen.¹¹

■ **Interaktive Gesundheitskompetenzen:** Um die Dämpfung der Folgen mangelnder interaktiver Gesundheitskompetenzen zu erreichen, können Massnahmen auf verschiedenen Ebenen ergriffen werden:

a) Insbesondere gilt es das Gespräch zwischen Ärzt/innen und Patient/innen wirkungsvoller zu machen. Dabei kann an beiden Seiten zugegriffen werden. Bei den Ärzt/innen muss in der Aus-, Weiter- und Fortbildung auf das Thema der Gesundheitskompetenzen verstärkt eingegangen werden. Bei den Patient/innen mit Migrationshintergrund ist an den verstärkten Einsatz von Sprachmittler/innen zu denken. Auch die Stärkung der Rolle der Hausärzt/innen (Gatekeeper/innen-Modell; HMO) kann in diesem Zusammenhang gesehen werden, weil die Hausärzt/innen den Weg der Patient/innen in derartigen Modellen viel stärker begleiten und kontrollieren. Auch hier muss geprüft werden, ob nicht Änderungen der Anreizstrukturen für die Ärzt/innen derart vorgenommen werden sollen, damit sich die Berücksichtigung mangelnder Gesundheitskompetenzen stärker lohnt.¹²

b) Zu denken ist aber bspw. auch an die gezielte Unterstützung von Gruppen, die den Austausch über Krankheiten, Diagnose- und Therapiemethoden ermöglichen (bspw. Selbsthilfegruppen, PatientInnenorganisationen etc.).

c) Schliesslich kann auch das Verfahren zum Wechsel des Versicherungsvertrages bzw. zum Wechsel des Versicherers stark vereinfacht werden, damit derartige Wechsel mehr ermöglicht werden (bspw. über die Poststellen). Dies ist umso wichtiger, weil das KVG auf dem Konzept des «gelenkten Wettbewerbs» be-

¹¹ Vgl. Pärli et al. (2003, 56) für eine Analyse der Informationsleitungen der Krankenversicherungen im Zusammenhang mit HIV/Aids.

¹² Dies wurde durch das Tarifsysteem TARMED bereits teilweise vorgenommen, indem die Gesprächszeit der Hausärzt/innen höher bewertet wurde.

ruht. Diese Konzept fordert die Konkurrenz zwischen den Versicherern, die aber nur dann die erhofften Wirkungen entfaltet, wenn die Versicherten auch tatsächlich die Versicherungen wechseln.

■ **Kritische Gesundheitskompetenzen:** Im Bereich der kritischen Gesundheitskompetenzen müssen mehr vergleichende Informationen vorliegen. Hierzu gibt es in der Schweiz aus verschiedenen Gründen noch kaum Publikationen und Ansätze. Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich sind nur rudimentäre Benchmark-Informationen zu den Leistungserbringer/innen vorhanden.¹³ Auch im Bereich der Versicherer gibt es nur eine sehr mangelhafte Transparenz, wie sich die Geschäftssituation der einzelnen Versicherer präsentiert. Weiter gibt es kaum Grundlagen, die sich spezifisch mit den Vor- und Nachteilen verschiedener Therapien beschäftigen. Insgesamt gibt es also im Bereich der kritischen Gesundheitskompetenzen einen riesigen Nachholbedarf.

Mit welchen Kostenfolgen der Massnahmen ist zu rechnen? Bei den Massnahmen im Bereich der funktionalen und der interaktiven Gesundheitskompetenzen sind mit moderaten bis grösseren Mehrkosten zu rechnen. Es handelt sich schwergezwichtigt um Ansätze, wie bereits heute ergriffene Massnahmen (bspw. die Information) wirkungsvoller gemacht werden können. Dazu gibt es auch einige neue Massnahmen zu ergreifen, die heute noch nicht existieren (bspw. neues Informationsmaterial; Benchmarking).

Bei den Massnahmen im Bereich der interaktiven Gesundheitskompetenzen zeigt sich ein etwas anderes Bild. Insbesondere der verbreitete Einsatz interkultureller Sprachmittler/innen würde zu substanziellen Mehrkosten führen und muss daher mit dem Nutzen der Massnahmen abgewogen werden.

Massnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen

Nun gehen wir zum zweiten Aspekt über, der Erhöhung der Gesundheitskompetenzen durch Massnahmen im Gesundheitswesen selbst.

■ **Funktionale Gesundheitskompetenzen:** Hier ist an Massnahmen zu denken, die die Fähigkeiten der Versicherten fördern, Informationen zu beschaffen und diese zu verstehen. Von Privaten werden heute bspw. bereits Kurse angeboten, die in diese Richtung gehen. Meistens wird eine bestimmte Gesundheitstechnik erlernt (bspw. die Feldenkrais-Methode). In diesem Zusammenhang werden aber auch die Fähigkeiten gestärkt, den eigenen Körper wahrzunehmen, Probleme zu formulieren und zu verstehen. In grossen Organisationen kann die Personalabteilung (oder der interne Sozialdienst) eine ähnliche Funktion wahrnehmen: Er informiert die Angestellten über mögliche Informationsquellen und Beratungsangebote. Denkt man diesen Ansatz weiter, so kommt man rasch auf eine zentrale Rolle der Arbeitgeber/innen, weil sie viele Versicherten gruppieren. Wenn sich die Arbeitgeber/innen in der aktiven und passiven Gesundheitsförderung stärker engagieren, so ist auch vorstellbar, dass sie Basis-Weiterbildungskurse zur Ausbildung der funktionalen Gesundheitskompetenzen anbieten könnten. Neben den Arbeitgeber/innen sind selbstverständlich auch die Gewerkschaften wichtig. Für die Nicht-Erwerbstätigen im Erwachsenenalter müssten andere Zugänge geprüft werden.

In Managed-Care-Organisationen werden heute bereits sog. Patient/innen-Schulungen durchgeführt. Selbstverständlich ist es auch vorstellbar, dass in solchen Settings funktionale Gesundheitskompetenzen gestärkt werden können (vor allem auch dann, wenn entsprechende Hinweise der Gatekeeper/innen vorliegen). Dies fällt in Managed-Care-Organisationen leichter, weil hier mehrerer Ärzt/innen zusammenschlossen sind. Den oder die einzelne niedergelassene Arzt/Ärztin wäre damit heute aber überfordert. Gut vorstellbar wären entsprechende Aktivitäten aber auch im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

¹³ Bspw. durch die Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung (www.kiq.ch), durch Swissspep (www.swissspep.ch), durch den Verein Outcome (www.vereinoutcome.ch/de/home/index.asp) oder durch Qualimed-net (www.med-swiss.net/projekte/).

■ **Interaktive Gesundheitskompetenzen:** In diesem Bereich geht es um Massnahmen, die die Fähigkeiten der Versicherten stärken, sich mit anderen Akteur/innen auszutauschen und ihre eigenes Gesundheitsverhalten anzupassen. Verschiedene Massnahmenebenen sind denkbar:

a) Im Rahmen von Disease-Programmen kann Patient/innen, die an einer bestimmten (schwerer wiegenden) Krankheit leiden, der «richtige» Umgang mit der Krankheit aufgezeigt werden. In solchen Settings liegt ein guter Ansatzpunkt, die interaktiven Gesundheitskompetenzen zu stärken (natürlich auch die funktionalen Gesundheitskompetenzen).

b) In Selbsthilfegruppen bzw. PatientInnen-Organisationen besteht ein guter Rahmen, um den Austausch über die eigenen Schwierigkeiten im Umgang mit der Krankheit auszutauschen bzw. diesen Austausch erst zu erlernen.

■ **Kritische Gesundheitskompetenzen:** Die Fähigkeit, Vor- und Nachteile bestimmter Massnahmen abzuwägen, stellt eine sehr generelle Kompetenz dar, die nur sehr schwierig im Gesundheitswesen selbst gefördert werden kann.

Die Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenzen haben zweifelsohne auch Kostenfolgen. Bevor diese abgeschätzt werden könnten, müssten sie aber näher beschrieben und operationalisiert werden.

Kosten und Nutzen

Die Massnahmen zur Eindämmung der negativen Folgewirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen bzw. die Massnahmen zum Aufbau von Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen bringen ihren Träger/innen zusätzliche Kosten. Der Nutzen der Investitionen fällt dabei nicht immer dort an, wo die Investition gemacht wird. Bspw. führen ärztliche Anstrengungen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen mittelfristig zu einer geringeren Nachfrage nach den Leistungen ebendieser Ärzt/innen und im heutigen System der Einzelleistungsvergütungen zu Einkommenseinbussen. Ökonom/innen sprechen in diesem Zusammenhang von (positiven und negativen) Externalitäten.¹⁴ Es muss daher sorgfältig darüber nachgedacht werden, die Anreize im Gesundheitswesen so zu ändern, dass möglichst Kosten und Nutzen bei denselben Akteur/innen zusammenfallen. Dies stärkt ihr Interesse, Massnahmen zu ergreifen.

3.4 Mögliche Folgekosten einer Erhöhung von Gesundheitskompetenzen

Massnahmen zur Dämpfung der Nachteile mangelnder Gesundheitskompetenzen bzw. Massnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen – beides im Rahmen des Gesundheitswesens – haben ganz offensichtlich das Potenzial, Gesundheitskosten zu senken. Ganz automatisch ist dieser Prozess allerdings nicht. Vielmehr müssen weitere Rahmenbedingungen der Krankenversicherung berücksichtigt werden:

■ Die ambulant tätigen Ärzt/innen werden heute über das System der Einzelleistungsvergütung abgegolten. Dies führt zur vielfach aufgeworfenen Hypothese der Angebotsinduzierung, die aber für die Schweiz

¹⁴ Auf einem Wettbewerbsmarkt geht man davon aus, dass die beteiligten Marktpartner die einzigen sind, welche vom geplanten Handel profitieren. So kann der Preismechanismus spielen und Angebot und Nachfrage ins Gleichgewicht bringen. Externalitäten liegen dann vor, wenn „ausenstehende“ Wirtschaftssubjekte positiv oder negativ vom Handel beeinflusst werden und dies im geplanten Geschäft unberücksichtigt bleibt. Wenn bspw. eine Unternehmung durch ihre Produktion die Umwelt belastet und sie dies kostenlos machen kann, dann liegt eine negative Externalität vor. Die Gesellschaft wird durch die Reduktion der Umweltqualität geschädigt. Würde die Unternehmung für die Verschmutzung einen Preis zahlen müssen, dann würden die Kosten ihres Produktes steigen. Steigende Kosten reduzieren die Nachfrage. Letztlich würde bei einem höheren Preis weniger verkauft und produziert. Bei positiven Externalitäten verhält es sich gerade umgekehrt: Hier wird zu wenig produziert und konsumiert, weil die positiven Auswirkungen auf andere Wirtschaftssubjekte nicht berücksichtigt werden.

bisher noch nicht gültig nachgewiesen ist (vgl. Guggisberg/Spycher 2005). Wenn auch noch nicht nachgewiesen, so ist sie doch plausibel. Wenn wir für unsere Überlegungen davon ausgehen, dass sie zumindest teilweise zutrifft, so werden sich die Ärzt/innen gegen eine Umsatzeinbusse wehren, die aufgrund der getroffenen Massnahmen zu erwarten ist. Sie werden versuchen, selbst Leistungen zu induzieren, um den Umsatz konstant zu halten.

■ Domenighetti/Pipitone (2002) untersuchten die Nachfrageinduzierung und schätzen, dass pro Jahr in der Krankenversicherung Leistungen im Wert von rund 2.5 Milliarden Franken von den Patient/innen verlangt werden, die von den Ärzt/innen ohne das explizite Fordern der Patient/innen nicht verschrieben worden wären (17% der Gesamtkosten). Es ist daher denkbar, dass die zwecks Erhöhung der Gesundheitskompetenzen getroffenen Massnahmen auch dazu führen können, dass Mehrkosten entstehen. Relativierend ist anzufügen, dass die Analyse von Domenighetti/Pipitone im Rahmen der heutigen Regelungen des KVG, insbesondere der Einzelleistungsvergütung, stattgefunden hat. Werden in Zukunft bspw. der Kontrahierungszwang aufgehoben oder die Abgeltungssysteme für Ärzt/innen mit Fallkostenpauschalen ausgestaltet, dann dürften die Ergebnisse anders ausfallen.

3.5 Zusammenfassung und Empfehlungen an das BAG

Die Gesundheitskompetenzen sind im Gesundheitswesen von hervorragender Bedeutung. Die Versicherten müssen fähig sein, Informationen zu sammeln, kritisch auszuwerten und zu vergleichen, mit anderen Versicherten, Leistungserbringer/innen und Versicherern kompetent zu kommunizieren sowie die Vor- und Nachteile verschiedener diagnostischer und therapeutischer Massnahmen bzw. verschiedener Angebote von Versicherern abzuwägen.

Fehlende Gesundheitskompetenzen wirken sich auf alle Zielbereiche der Krankenversicherung aus. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wird aufgeweicht, weil nicht-kompetente Personen häufiger krank sind. Dies betrifft wiederum häufiger Menschen aus sozial tieferen Schichten, wodurch es aufgrund der Kopfprämienfinanzierung und der Kostenbeteiligungen auch zu einer Entsolidarisierung zwischen Reich und Arm kommt.

Fehlende Gesundheitskompetenzen erhöhen die Kosten des Gesundheitswesens, weil die Menschen kränker sind und die Behandlungen weniger zielgerichtet durchgeführt werden können. Geht man von Schätzungen aus den USA aus und passt sie auf die Schweiz an, so dürften rund 3 Prozent der Gesundheitskosten auf zu geringe Gesundheitskompetenzen zurückzuführen sein. Dies entspricht in der obligatorischen Krankenversicherung einem Betrag von 694 Millionen Franken, im gesamten Gesundheitswesen einem solchen von 1.5 Milliarden Franken.

Selbstverständlich wirken sich die fehlenden Gesundheitskompetenzen auch im dritten Zielbereich, der qualitativ guten Versorgung, aus. Weniger kompetente Menschen dürften eine schlechtere Versorgung bekommen, weil sie sich weniger gut mit den Ärzt/innen verständigen können und die Compliance tiefer ist.

Die Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen können mit verschiedenen Massnahmen reduziert werden. Zu Beginn steht sicher die Sensibilisierung aller beteiligten Akteur/innen für das Problem der fehlenden Gesundheitskompetenzen. Dazu gehört auch die Entwicklung entsprechender Messinstrumente. Weiter müssen mehr Informationen, aber in geeigneter Art, zur Verfügung gestellt werden. Ganz wichtig ist die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Ärzt/innen bzw. den Spitälern und den Patient/innen. Dazu braucht es eine Reihe von Massnahmen, bei den Migrant/innen nicht zuletzt im Bereich der interkulturellen (Sprach-) Vermittlung. Zu denken ist auch an eine Anpassung der Abgeltungssysteme,

um den Leistungserbringer/innen Anreize zu geben, vermehrt in die Aufdeckung von fehlenden Gesundheitskompetenzen zu investieren.

Neben der genannten Aufdeckung geht es aber auch um den Aufbau bzw. den Erhalt von Gesundheitskompetenzen. Besondere Bedeutung bekommen hier Disease-Programme, die mit Patient/innen und ihren Angehörigen an der optimalen Versorgung arbeiten. Im Rahmen von Managed-Care-Organisationen wird dies heute bereits (teilweise) gemacht.

Investitionen in die Gesundheitskompetenzen kosten und können weitere Folgekosten nach sich ziehen. Studien belegen, dass im heutigen institutionellen Rahmen Patient/innen oft Leistungen nachfragen, die die Ärzt/innen gar nicht verschrieben hätten. Es kann vermutet werden, dass erhöhte Gesundheitskompetenzen diese Tendenz noch verstärken. Um dies zu verhindern, müsste das System der Einzelleistungsvergütung der Ärzt/innen angepasst werden.

Empfehlungen an das BAG

Die Ausführungen im dritten Kapitel lassen einige Schlüsse hinsichtlich der Rolle des BAG zu. Dem BAG kommen im Bereich der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen verschiedene strategisch wichtige Aufgaben zu:

- Ganz zentral ist die Sensibilisierung aller Akteur/innen (Versicherten, Leistungserbringer/innen, Versicherer, Kantone) für das Thema der Gesundheitskompetenzen. Dazu gehört die Information der Akteur/innen, aber auch deren Beratung. Dazu müssen BAG-intern entsprechende Kompetenzen aufgebaut und gebündelt werden.

- Dann gilt es im Bereich der BAG-eigenen Tätigkeiten, bspw. im Bereich der Prävention, alle Kommunikationsstrategien daraufhin zu prüfen, ob sie auch von Menschen mit geringen Gesundheitskompetenzen verstanden werden können.

- Im Bereich der Massnahmen Im Gesundheitswesen zur Dämpfung der negativen Auswirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen fällt dem BAG in mindestens vier Feldern eine wichtige Aufgabe zu:

- a) Es sind die Anreize im Gesundheitswesen derart zu ändern, dass die wichtigsten Akteur/innen von sich aus ein Interesse daran haben, ihre Tätigkeiten auch auf Menschen mit geringen Gesundheitskompetenzen auszurichten. Hierzu müssen zuerst entsprechende Forschungen vorgenommen werden, wie dies am besten gemacht werden kann.

- b) Weiter sind Änderungen in den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens anzugehen, die die Navigation der Menschen mit weniger Gesundheitskompetenzen erleichtern. Dazu könnte bspw. ein erleichtertes Wechselverfahren zwischen Versicherern gehören (bspw. über die Poststellen).

- c) Das BAG muss eine Führungsrolle bei der Aufbereitung von Benchmark-Informationen übernehmen. Alle anderen Akteur/innen sind interessengebunden und daher wenig glaubwürdig. Da viele dieser Informationen heute nicht verfügbar sind, bedeutet dies ein starkes Engagement des Bundes im Aufbau eines Benchmarksystems.

- d) Das BAG sollte darüber hinaus auch die Verantwortung für besonders gefährdete Gruppen übernehmen, für die sich andere Stellen nur am Rande interessieren oder für die andere Stellen zu wenig finanzielle Mittel haben. Dazu gehört bspw. die Gruppe der Migrant/innen.

- Auch im Bereich der Massnahmen im Gesundheitswesen, die die Gesundheitskompetenzen erhöhen können, kommt dem BAG eine zentrale Rolle zu:

- a) Durch die Veränderung der Rahmenbedingungen im KVG sollte dafür gesorgt werden, dass sich Versorgungsstrukturen entwickeln, die mit Menschen, die geringere Gesundheitskompetenzen aufweisen, besser umgehen können. Dies ist bspw. bei integrierten Versorgungsformen wie Managed-Care der Fall.

- b) Die Arbeitgeber/innen und die Gewerkschaften spielen eine zentrale Rolle beim Erhalt und Aufbau der

Gesundheitskompetenzen. In diesem Bereich kommt dem BAG und den anderen Partner/innen (SUVA, Bundesamt für Sozialversicherung, seco etc.) zum einen eine Sensibilisierungsaufgabe zu. Zum anderen sind aber auch Massnahmen zu prüfen, die den genannten Akteur/innen mehr Anreize geben, die Gesundheitskompetenzen zu erhalten und aufzubauen. Hierzu braucht es entsprechende Forschungsarbeiten.

c) Es muss geprüft werden, wie das BAG PatientInnen-Organisationen und Selbsthilfegruppen besser unterstützen kann. In derartigen Gruppen können Gesundheitskompetenzen sehr spezifisch aufgebaut werden.

d) Fehlende Gesundheitskompetenzen wirken sich auch auf die Solidarität zwischen Gesund und Krank bzw. zwischen Reich und Arm aus. Menschen aus sozial tieferen Schichten sind überproportional häufig krank und haben unterdurchschnittlich ausgebildete Gesundheitskompetenzen. Das BAG sollte daher die Massnahmen verstärken, die die soziale Ungleichheit bekämpfen.

4 Bildung und Gesundheitskompetenzen

Der Aufbau und der Erhalt der Gesundheitskompetenzen wird durch mindestens drei gesellschaftliche Teilsysteme bestimmt (vgl. Kickbusch 2004): Durch «Kultur und Gesellschaft», durch das «Gesundheitswesen» sowie durch das «Bildungssystem». Im vierten Kapitel wenden wir uns dem Bildungssystem zu. Dabei definieren wir das Bildungssystem wie folgt: Berücksichtigt werden sollen die Ausbildungen auf der Sekundarstufe 1, der Sekundarstufe 2 und der Tertiärstufe sowie die Weiter- und Fortbildungen, die berufsbegleitend absolviert werden. Ausgeschlossen werden somit die Bildungsmassnahmen, die gesundheitsspezifisch vorgenommen werden.

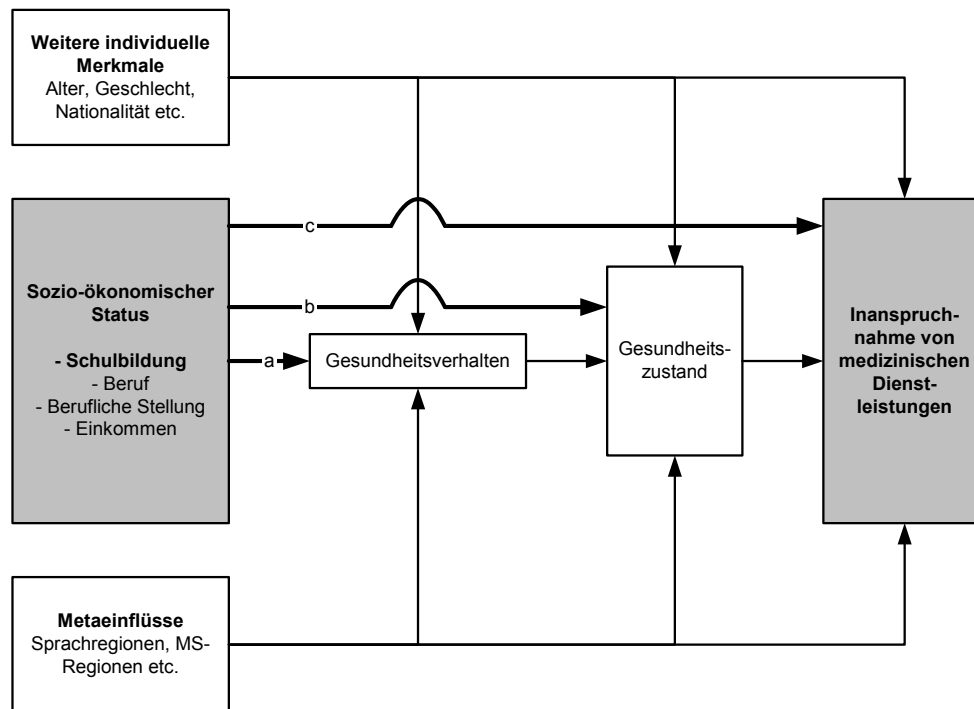
Kapitel 4 ist wie folgt aufgebaut. In Abschnitt 4.1. untersuchen wir den grösseren Zusammenhang zwischen Bildung, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand. In Abschnitt 4.2. werden dann Überlegungen zum Verhältnis von Bildung und Gesundheitskompetenzen angestellt. In Abschnitt 4.3. gehen wir auf mögliche Massnahmen im Bildungsbereich ein, die die Gesundheitskompetenzen erhalten bzw. erhöhen könnten. Abschnitt 4.4. fasst die Ausführungen zusammen und stellt den Bezug zur Rolle des BAG her.

4.1 Bildung, Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme

Zum Zusammenhang zwischen Schulbildung einerseits und Gesundheitsverhalten bzw. Gesundheitszustand andererseits gibt es sehr viele Studien. Weniger Untersuchungen gibt es zum Zusammenhang zwischen Schulbildung und der Inanspruchnahme von Leistungen. Eine neue Untersuchung für die Schweiz fasst die internationale Literatur zusammen und leistet im Bereich der Inanspruchnahme einen eigenen zusätzlichen Beitrag (Bisig/Gutzwiler 2004). Nachfolgend fassen wir die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit mit Blick auf unseren Gegenstand der Gesundheitskompetenzen zusammen.

Abbildung 6 zeigt das typische Untersuchungsmuster: Individuelle Variablen werden mit ausgewählten Systemvariablen bzw. Metavariablen kombiniert und hinsichtlich ihrer Assoziation mit dem Gesundheitsverhalten, dem Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme in multivariaten Modellen untersucht. Von «Assoziation» sprechen wir deshalb, weil die in diesem Zusammenhang meistens angewandeten statistischen Modelle keine Rückschlüsse auf Kausalitäten zulassen.

Abbildung 6: Der in der Literatur untersuchte Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit



Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 6: Zusammenhang zwischen Bildung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen – Bisig/Gmel (2004) (1)

	Odds Ratio (*)		
	Schulbildung hoch	Schulbildung mittel	Schulbildung tief
Kurative Medizin (**)			
a) stationär			
Spitalkonsultation	1.00	(1.01)	(1.00)
Notfallkonsultation	1.00	(1.08)	1.27
b) ambulant			
Konsultationen allgemein	1.00	(1.04)	0.83
Allgemeinärzt/innen	1.00	1.30	1.34
Spezialärzt/innen (Männer)	1.00	0.80	0.61
Gynäkolog/innen (Frauen)	1.00	(0.90)	0.66
Übrige Spezialist/innen (Frauen)	1.00	0.80	0.63
Zahnärzt/innen	1.00	0.74	0.39
Fehlende Früherkennung-/Vorsorgemassnahmen			
a) Frauen			
Keine ärztliche Untersuchung der Brust (25+)	1.00	(1.37)	1.81
Keine Mammographie (50+)	1.00	(1.31)	1.75
Keine Gebärmutterhalsabstriche (25+)	1.00	(1.00)	1.85
Keine Hautuntersuchungen (25+)	1.00	1.50	2.44
Kein Hormonersatz (50+)	1.00	(1.22)	1.93
b) Männer			
Keine Prostatauntersuchung	1.00	1.32	2.02
c) Männer und Frauen			
Kein HIV-Test (25-49)	1.00	(1.12)	1.74
Keine Grippeimpfung (65+)	1.00	(1.09)	(1.17)

Werte in Klammern: nicht signifikant

(1) Es wurden multivariate binomiale logistische Modelle geschätzt. (*) Das Odds Ratio gibt das Verhältnis von zwei Wahrscheinlichkeiten zueinander an. Die Referenzgruppe sind die Personen mit hoher Schulbildung. Ein Wert über 1.00 gibt an, dass eine erhöhte Wahrscheinlichkeit gegenüber der Referenzgruppe besteht. (**) Bei den Modellen zur kurativen Medizin wurde für den Gesundheitszustand kontrolliert.

Quelle: Bisig/Gmel (2004)

Bisig/Gmel (2004) weisen darauf hin, dass in der Literatur der Zusammenhang zwischen Schulbildung und Gesundheitsverhalten bzw. Gesundheitszustand gut erhärtet ist. Je höher die Schulbildung, desto besser das Gesundheitsverhalten und desto besser der Gesundheitszustand. Die Wirkung auf den Gesundheitszustand kann dabei direkt sein (Pfeil b) oder indirekt über den Gesundheitszustand. Blane et al. (1996, 2003) nennen fünf verschiedene Aspekte, die den festgestellten Zusammenhang zwischen Schulbildung und Moralität erhellen können:

- Die Ressourcen der Eltern haben einen starken Einfluss auf die Bildungsmöglichkeiten der Kinder und damit auf ihre spätere Gesundheit.
- Bildung ist ein starker Prädiktor für den Beruf und das Einkommen im Erwachsenenalter, das seinerseits mit einer besseren Gesundheit assoziiert ist.
- Bessere Ausbildung erhöht die Empfänglichkeit für die Botschaften der Gesundheitserziehung. An dieser Stelle machen Blane et al. einen direkten Bezug zu den Gesundheitskompetenzen.
- Eine schlechte Gesundheit in der Kindheit kann die Bildungsmöglichkeiten beeinträchtigen und die später mit einer guten Bildung verbundenen positiven Gesundheitseffekte.
- Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit könnte gemäss Blane et al. auch durch eine dritte im Hintergrund wirksame Variable beeinflusst sein, die sowohl die Fähigkeit, eine lange dauernde Ausbildung abzuschliessen, als auch die Fähigkeit, Gesundheit zu erhalten und mit Krankheit umzugehen, beeinflusst.

Bisig/Gmel (2004) selbst untersuchen den Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der Inanspruchnahme von Gesundheit. Dabei stellen sie fest, dass selbst bei einer Korrektur für den Gesundheitszustand ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bildung und Inanspruchnahme besteht (Pfeil c). In **Tabelle 6** werden die Ergebnisse von Bisig/Gmel (2004) übersichtsartig zusammengestellt.

- **Kurative Medizin:** Tiefe Schulbildung ist mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Notfallkonsultationen im Spital und von niedergelassenen Allgemeinärzt/innen assoziiert. Höhere Schulbildungen führen demgegenüber zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Spezialist/innen und Zahnärzt/innen.
- **Fehlende Früherkennung/Vorsorge:** Tiefere Schulbildung ist in verschiedenen Bereichen mit einer deutlich tieferen Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgemassnahmen verbunden.

Bisig/Gmel (2004) schlagen als zu ergreifende Massnahmen im Bereich der Früherkennungs- und Vorsorgemassnahmen vor, dass Personen aus tieferen Bildungs- und Sozialschichten vermehrt mit gezielten Informationen versorgt werden sollen. Obschon die Umsetzung des Vorschlag sicher nicht schaden würde, so weist er doch auf eine inhaltliche Lücke hin: Bisig/Gmel (2004) berücksichtigen die Gesundheitskompetenzen in ihren Überlegungen nicht explizit. Tiefere Bildungsschichten sind mit einem stark erhöhten Defizit im Bereich der funktionalen Gesundheitskompetenzen konfrontiert. Daher kann die Informationen vielfach gar nicht aufgenommen und verarbeitet werden. Gerade bei tiefen Bildungsschichten sind zuerst Massnahmen zum Aufbau der fehlenden funktionalen Gesundheitskompetenzen notwendig.

4.2 Bildung und Gesundheitskompetenzen

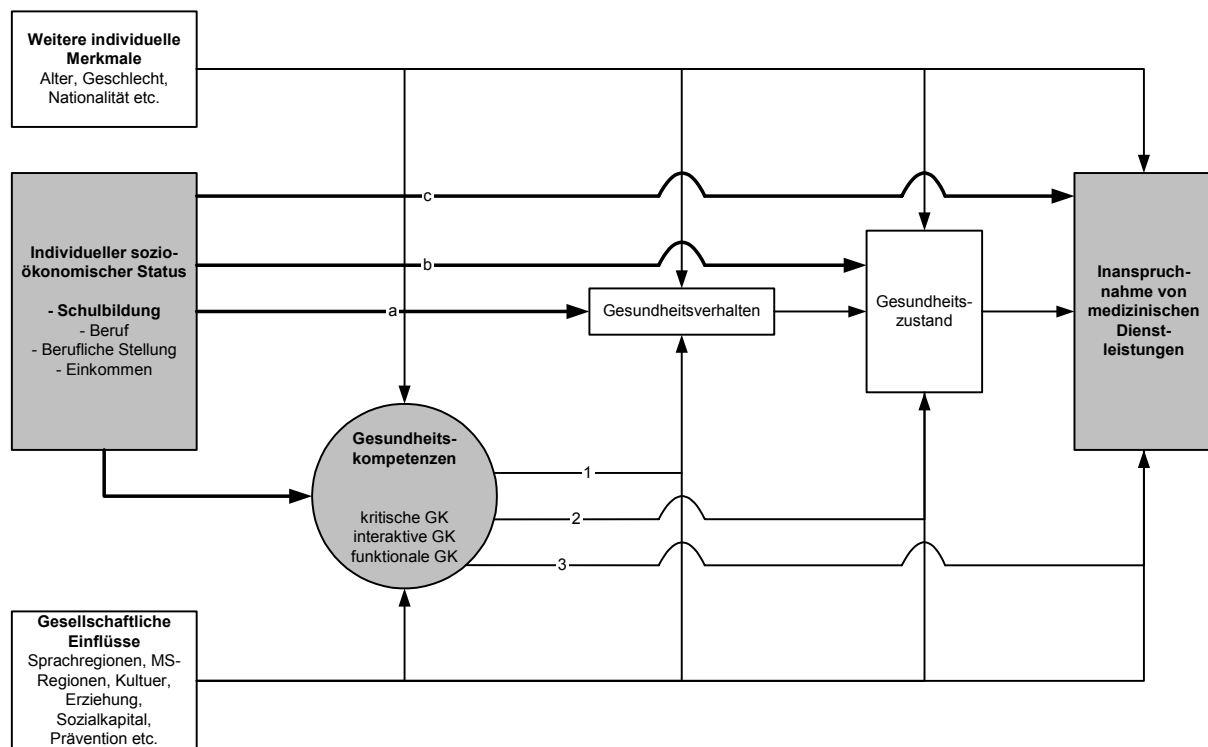
Zwischen Bildung und Gesundheitskompetenzen besteht eine enge Beziehung. Um weitere Einsichten zu bekommen, müssen aber beide Seiten differenziert werden:

- **Bildung:** Bei der Bildung ist zu unterscheiden zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Die Ausbildung bezieht sich im schweizerischen Kontext auf drei Stufen: Sekundarstufe 1 (bis 9. Schuljahr), Sekundarstufe 2 (Berufsbildung, Maturitätsschulen) und Tertiärstufe (Fachhochschulen und Universitäten). Weiter- und Fortbildungen werden von vielen (staatlichen und nicht-staatlichen) Anbieter/innen angeboten und meist berufsbegleitend absolviert. Eine zentrale Rolle spielen dabei die Betriebe.

■ **Gesundheitskompetenzen:** Bei den Gesundheitskompetenzen unterscheiden wir wie bisher funktionale, interaktive und kritische Kompetenzen. Würde man die verschiedenen Bildungsstufen mit den Gesundheitskompetenzen verbinden, dann dient die Sekundarstufe 1 schwergewichtig dem Aufbau der funktionalen, die Sekundarstufe 2 schwergewichtig dem Aufbau der interaktiven und der kritischen Gesundheitskompetenz. Für Menschen, die die Tertiärstufe absolvieren, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Kompetenz mitbringen, sich selbst in der interaktiven und der kritischen Gesundheitskompetenz weiterzubilden. Die berufsbegleitenden Weiter- und Fortbildungen dienen dann schwergewichtig dem Erhalt und der Erweiterung der bereits aufgebauten Gesundheitskompetenzen.

Wenn wir das in Abbildung 6 dokumentierte Vorgehen von Bisig/Gmel (2004) als Ausgangspunkt nehmen, so muss das Schema durch die Einführung der Gesundheitskompetenzen stark ergänzt werden. Es könnte bspw. wie in **Abbildung 7** aussehen.

Abbildung 7: Bildung, Gesundheitskompetenzen und Inanspruchnahme



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bisig/Gmel (2004)

In der Sekundarstufe 1 wird die Literalität (Lesen und Schreiben) ausgebildet. Die Literalität bildet gleichzeitig die entscheidende Grundlage für die funktionale Gesundheitskompetenz. Zentral aus der Sicht der Gesundheitskompetenzen ist es daher, dass nach dem 9. Schuljahr alle Jugendlichen die notwendigen Grundlagen für die funktionale Gesundheitskompetenz mitbringen. Die PISA-Studie gibt klare Hinweise dafür, dass die Literalität als notwendige Bedingung der funktionalen Gesundheitskompetenzen heute nicht für alle Absolvent/innen erfüllt wird. Zweifelsohne braucht es hier somit weitere und geeignete Bildungsinvestitionen, damit dieses Ziel erreicht werden kann. Um nach dem 9. Schuljahr die funktionale Gesundheitskompetenz für alle erreichen zu können, muss weiter das Verhältnis zwischen Literalität und funktionaler Gesundheitskompetenz detailliert erforscht werden. Hier fehlen zur Zeit wichtige Erkenntnisse.

Auch wenn in Zukunft alle Jugendlichen funktional gesundheitskompetent sind, dann ist noch nicht gesichert, dass diese funktionalen Gesundheitskompetenzen erhalten bleiben – dies zeigen die ALL-Ergebnisse –, und es ist nicht gesichert, dass die anderen Gesundheitskompetenzbereiche ebenfalls ausgebildet werden. Für den Prozess des Erhaltes der Kompetenzen über die Zeit nehmen verschiedene gesellschaftliche Akteur/innen eine wichtige Rolle ein. Die Arbeitgeber/innen und die Gewerkschaften sind dabei besonders wichtig, weil gut die Hälfte der Bevölkerung erwerbstätig ist.

Für den Aufbau der interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenz zentral sind die Sekundarstufe 2 sowie die Tertiärstufe. Zur Zeit liegen keine Informationen darüber vor, inwiefern nach diesen Schulstufen die notwendigen Gesundheitskompetenzen vorliegen. Man kann sogar noch einen Schritt weitergehen: Zur Zeit ist nicht einmal klar, welches Ausmass an funktionaler, interaktiver und kritischer Gesundheitskompetenz «ausreichend» ist.

Bereits in Abschnitt 2.2 haben wir gesehen, dass die Menschen zwischen 51 und 85 Jahren die grössten Gesundheitskosten verursachen. Gleichzeitig nehmen gemäss den ALL-Untersuchungen die grundlegenden Kompetenzen mit dem Lebensalter ab. Es muss daher gefragt werden wie die Menschen, die die grundlegenden Schulen bereits absolviert haben – vereinfachend: die Menschen über 30 Jahren –, in ihren Gesundheitskompetenzen gestärkt werden können. Wiederum dürfte in diesem Bereich den Arbeitgeber/innen und den Gewerkschaften eine zentrale Rolle zukommen.

Volkswirtschaftliche Bedeutung der Bildung für die Gesundheitskompetenzen

Die Rolle der Bildung für die Entstehung und den Erhalt der Gesundheitskompetenzen ist selbstverständlich gross. Allerdings können die Gesundheitskompetenzen nicht ausschliesslich auf Bildungsmassnahmen zurückgeführt werden. Vielmehr spielen individuelle und weitere gesellschaftliche Faktoren eine wichtige Rolle. Wenn wir in Kapitel 3 von der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen gesprochen haben und den Schaden durch die fehlenden Kompetenzen alleine im Gesundheitswesen auf 694 Millionen bis 1.5 Milliarden Franken geschätzt haben, dann dürften Aus-, Weiter- und Fortbildungsdefizite, die zu mangelnden Gesundheitskompetenzen geführt haben, eine wichtige Rolle spielen. Aufgrund der heutigen Datenlage kann der Anteil, der auf die Bildung entfällt, aber nicht beziffert werden.

4.3 Bildungsmassnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen

Für die nachfolgenden Überlegungen unterscheiden wir zwischen Menschen unter und solchen über 30 Jahren.

■ **Menschen unter 30 Jahren:** Die funktionale, interaktive und kritische Gesundheitskompetenz soll auf allen Schulstufen gefördert werden. Allerdings werden Schwergewichte gesetzt.

a) Sekundarstufe 1: Als Minimalziel müsste formuliert werden, dass nach dem 9. Schuljahr die funktionalen Gesundheitskompetenzen ausgebildet sind. Um dieses Ziel erreichen zu können, müssten das Minimalziel konkret operationalisiert werden. Anschliessend müsste überprüft werden, wie der Lehrplan entsprechend angepasst werden könnte und ob zusätzliche Massnahmen ausserhalb des Schulzimmers notwendig sind. Da ein beträchtlicher Teil der Jugendlichen keine Ausbildung auf der Sekundarstufe 2 absolviert – übervertreten dürften hier Kinder von Migrant/innen sein –, müssten bereits auf der Sekundarstufe 1 wesentliche Teile der interaktiven Gesundheitskompetenz aufgebaut werden. Auch hierfür braucht es zuerst eine brauchbare Operationalisierung. Auch für die kritische Gesundheitskompetenz müssten Ressourcen reserviert werden.

b) Sekundarstufe 2: Auf der Sekundarstufe 2 müssten die funktionalen Gesundheitskompetenzen gefes-

tigt und wesentliche Fortschritte im Bereich der interaktiven Gesundheitskompetenzen vorgenommen werden. Ohne genauere Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheitskompetenzen bzw. ohne detailliertere Operationalisierung der interaktiven Kompetenzen kann nicht entschieden werden, ob die Ausbildung der Gesundheitskompetenzen in den Regelunterricht integriert werden kann oder ob es zusätzliche Massnahmen braucht. Im Rahmen der Berufsbildung spielen hier bereits die Arbeitgeber/innen eine zentrale Rolle. Da nur ein kleiner Teil der Bevölkerung eine Tertiärausbildung absolviert, muss die kritische Gesundheitskompetenz auch in der Sekundarstufe 2 stark thematisiert werden.

■ **Menschen über 30 Jahren:** Bei den erwerbstätigen Menschen über 30 Jahren stehen nicht mehr die Ausbildungen, sondern die berufsbegleitenden Weiter- und Fortbildungen im Vordergrund. Dieser Bereich wird heute stark von privaten Anbietern und den Arbeitgeber/innen bestimmt. Es kann geprüft werden, ob es hier nicht mehr staatliche Rahmenbedingungen braucht. Bspw. könnte von den Arbeitgeber/innen mehr im Bereich der Gesundheitsförderung und der Festigung der Gesundheitskompetenzen gefordert werden als heute.

Allerdings sind nicht alle Menschen über 30 Jahren erwerbstätig. Bei den Nichterwerbstätigen müssen andere Wege überlegt werden, wie sie mit Bildungsmassnahmen zu erreichen sind.

Besondere Aufmerksamkeit muss heute auf diejenigen Menschen gelenkt werden, deren Gesundheitskompetenzen mangelhaft sind. Defizite im Bereich der funktionalen Gesundheitskompetenzen wiegen dabei besonders schwer. Es stellt sich die Frage, wie diese Menschen am wirksamsten erreicht werden. Den einen Zugang haben wir in Kapitel 3 diskutiert: Über das Gesundheitswesen und die stationären bzw. ambulanten Leistungserbringer/innen selbst können verschiedene Massnahmen geprüft werden. Gibt es aber auch einen Zugang über das Aus-, Weiter- und Fortbildungswesen? Wiederum stehen hier die Arbeitgeber/innen und die Gewerkschaften im Vordergrund. Diese Akteur/innen könnten bei der Aufdeckung und Messung der Gesundheitskompetenzen – natürlich unter Wahrung des Datenschutzes! – eine wichtige Rolle spielen. Sind die Defizite festgestellt, so braucht es Massnahmen, um sie beheben zu können. Vor diesem Problem steht heute bereits die Arbeitslosenversicherung, die Invalidenversicherung und die Sozialhilfe. Diese drei Institutionen stellen immer öfters grundlegende Kompetenzmängel fest. Gleichzeitig haben sie aber keine Möglichkeiten, substanzieller Nachholbildungen bzw. Umschulungen zu finanzieren.

Nimmt man die verschiedenen Überlegungen zusammen, so kann mit aller Vorsicht folgendes festgehalten werden: Auf der Sekundarstufe 1 und 2 kann dann mehr für den Aufbau der Gesundheitskompetenzen erreicht werden, wenn sich alle Akteur/innen des Problems bewusst sind und die Lehrpläne entsprechend angepasst werden. Ob es darüber hinaus noch weiterer Massnahmen bedarf, muss offen bleiben. Für den Erhalt der Kompetenzen für den Menschen über 30 Jahre und den Wiederaufbau von Kompetenzen für Menschen, die diese bereits verloren haben, braucht es zusätzliche Rahmenbedingungen und Instrumente. Von alleine löst sich dieses Problem nicht. Ob dafür primär ein Zugang über das Gesundheitswesen, über den Weiterbildungs- und Fortbildungsbereich oder über beide Kanäle gesucht wird, muss offen bleiben.

Abschliessend sei darauf hingewiesen, dass bei Massnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen im Bildungsbereich zwei Perspektiven nicht zu vernachlässigen sind: Zum einen ist aus einer Genderperspektive zu prüfen, ob die ergriffenen Massnahmen auf beide Geschlechter gleich wirken. Zum anderen ist aus der Perspektive der Migrant/innen und hier insbesondere aus derjenigen der zweiten Generation zu prüfen, dass die Massnahmen auch diese Gruppe von Menschen erreichen.

4.4 Zusammenfassung und Empfehlungen an das BAG

Verschiedene Studien zeigen für die Schweiz, dass die Schul- und Berufsbildung das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand beeinflussen. Beide Elemente sind zentral für die Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen. Menschen mit geringer Schulbildung nehmen überproportional häufig den Notfalldienst und die Allgemeinärzt/innen in Anspruch. Gleichzeitig unternehmen sie sehr viel weniger Massnahmen zur Prävention bzw. zur Früherkennung von Krankheiten.

Auf allen Stufen der Bildung – Sekundarstufe 1, Sekundarstufe 2, Tertiärausbildungen, Weiter- und Fortbildungen – können und werden heute bereits Gesundheitskompetenzen gebildet bzw. erhalten. Die vorhandenen Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass dies aber noch zu wenig erfolgreich geschieht. Es ist daher zu prüfen, ob auf den verschiedenen Stufen des Bildungswesens dem Thema der Gesundheitskompetenzen nicht eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Dabei stehen drei Gruppen im Vordergrund:

Erstens die jungen Menschen, die sich die Kompetenzen für das vor ihnen liegende Leben aneignen. Zweitens aber auch diejenigen Menschen zwischen 56 und 85 Jahren, die heute den Grossteil der Gesundheitskosten verursachen. Bei den Erwerbstätigen dieser Gruppe könnte über die berufliche Fort- und Weiterbildung zugegriffen werden. Es ist zu prüfen, ob in diesem Bereich den Arbeitgeber/innen (finanzielle) Anreize gesetzt werden sollen, damit sie entsprechende Angebote bereitstellen bzw. (teil-) finanzieren. Bei den Nichterwerbstätigen ist die Aufgabe ungleich schwieriger, weil sie nicht über die Arbeitgeber/innen angesprochen werden können. Drittens steht die Gruppe der jungen und mittelalterlichen Erwachsenen, die andere junge bzw. alte Menschen betreuen und für sie gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen, im Zentrum.

Empfehlungen an das BAG

Welche Rolle kommt dem BAG bzw. sollte dem BAG im Bereich Bildung zukommen:

- Anstossen von Forschungen zum Zusammenhang von Bildung und Gesundheitskompetenzen
- Sensibilisierung, Aufklärung der Bildungsakteur/innen, der Arbeitgeber/innen und der Gewerkschaften für die Fragen rund um die Gesundheitskompetenzen
- Zusammenarbeit mit anderen Bundesämtern, um Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen gezielter zu erreichen (seco, BBT).

5 Forschungsbedarf

Gesundheitskompetenzen oder Health Literacy stellen im wissenschaftlichen Kontext sowie in der politischen Diskussion ein neueres Konzept dar. Ihre grosse Bedeutung für das zielgerichtete Funktionieren des Gesundheitswesens werden zur Zeit nach und nach erkannt. Da man in der Schweiz, aber auch international, noch am Beginn steht, ergeben sich viele und grundlegende Forschungsfragen. Der Forschungsbedarf ist somit ausgewiesen und aufgrund der (geschätzten) volkswirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitskompetenzen dringend.

Generelle Forschungsfragen

- Die drei Kompetenzebenen – funktional, interaktiv und kritisch – müssen konkret operationalisiert werden.
- Es müssen für alle Kompetenzebenen validen Messinstrumente entwickelt werden. Im Vordergrund stehen sicher Instrumente zur Messung der funktionalen Gesundheitskompetenzen. Dabei braucht es

Instrumente für die Messung in einem wissenschaftlichen Kontext und solche für den medizinischen Alltag.

■ Die Gesundheitskompetenzen müssen gemessen und differenziert ausgewertet werden. In welchen Kompetenzbereichen sind besondere Schwächen auszumachen? Wie sieht die Sichtweise nach soziodemographischen Merkmalen (Nationalität, Alter, Geschlecht etc.) aus?

■ Es braucht Untersuchungen, die uns erklären, wie Gesundheitskompetenzen aufgebaut werden und wie sie über die Zeit erhalten werden können. Besondere Bedeutung muss dabei den Bildungsmaßnahmen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zukommen.

■ Es braucht Studien, die die Auswirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand differenziert nachweisen.

Volkswirtschaftliche Forschungsfragen

■ Die volkswirtschaftlichen Folgen mangelnder Gesundheitskompetenzen müssen in drei Bereichen quantifiziert werden: Im Gesundheitswesen, in der Wirtschaft und in der Gesellschaft. Umgekehrt muss aufgezeigt werden können, welche Kosteneinsparungen erhöhte Gesundheitskompetenzen mit sich bringen würden.

■ Im Gesundheitswesen sind die Auswirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen auf die Zielbereiche Solidarität, Kosten und Qualität aufzuzeigen.

■ Im Bereich der Wirtschaft ist zu untersuchen, welche Folgewirkungen mangelnde Gesundheitskompetenzen verursachen (höhere Krankheitsanfälligkeit, längerandauernde Krankheitsabwesenheiten, reduzierte Produktivitäten). Weiter ist zu schätzen, wie gross der gewinnträchtige Markt des Aufbaus, des Erhalts und des Ausbaus der Gesundheitskompetenzen ist (Kurse, Zeitschriften etc.).

■ Im Bereich der Gesellschaft sind Schätzungen vorzunehmen, mit welchen krankheitsbedingten Ausfällen zu rechnen ist, die den mangelnden Gesundheitskompetenzen zuzuordnen sind.

■ Es müssen Kosten-Nutzen-Analysen von Massnahmen zur Erhöhung bzw. zum Erhalt der Gesundheitskompetenzen durchgeführt werden. Dies bedingt eine Quantifizierung der Kosten und der Nutzenseite. Es muss berücksichtigt werden, dass die Erhöhung der Gesundheitskompetenzen auch zu Folgekosten führen kann.

■ Es muss untersucht werden, wie die Anreize im Gesundheitswesen verändert werden können, damit Versicherer, Leistungserbringer/innen und Versicherte sich aktiver für die Aufdeckung und die Beseitigung der Defizite im Bereich der Gesundheitskompetenzen einsetzen.

■ Es sollte untersucht werden, wie die verschiedenen Bildungsstufen zum Aufbau der Gesundheitskompetenzen beitragen.

■ Es benötigt Studien, die aufzeigen, wie Erwachsene mit mangelhaften Gesundheitskompetenzen erreicht werden können und welche Massnahmen zum Aufbau der Kompetenzen beitragen können. Dabei ist insbesondere die Situation der Nichterwerbstätigen zu berücksichtigen.

6 Literaturverzeichnis

AAMEDA American Academy of Medical Administrators (2003): Eradicating Low Health Literacy: The first Public Health Movement of the 21st Century.

<http://www.aameda.org/MemberServices/Exec/Articles/sum03/EradicatingLowHealthcareLiteracy.pdf>

Abel Thomas und Eva Bruhin (2003): «Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz», in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Vierte und erweiterte Auflage, Schwabenheim a.d. Selz.

- Andrus Miranda R. and Mary T. Roth (2002): Health Literacy: A Review, *Pharmacotherapy*, 22 (3), 282-302.
- BFS Bundesamt für Statistik (2005): Grundkompetenzen von Erwachsenen. Erste Ergebnisse der Erhebung Adult Literacy & Lifeskills Survey. Neuchâtel.
- Bisig Brigitte und Felix Gutzwiler (Hrsg.) (2004): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.
- Bisig Brigitte und Gerhard Gmel (2004): Schulbildung/Sozialschicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, in: Bisig Brigitte und Felix Gutzwiler (Hrsg.) (2004): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.
- Blane D. (2003): Commentary: Explanations of the difference in mortality risk between different educational groups, *International Journal of Epidemiology*, 32, 355-356.
- Blane D., M. White M. and J. Morris (1996): Education, social circumstances and mortality, in: Black D., I. White and J. Morris (1996): *Health and social organization*, London Routledge, 171-187.
- Breyer Friedrich und Peter Zweifel (1999): *Gesundheitsökonomie*, 3. Auflage, Heidelberg: Springer.
- Buchanan, James (2001): *Externalities and public expenditure theory*. Indianapolis, Liberty Fund.
- Bundesrat (1991): Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.
- Camenzind Paul und Claudia Meyer (Hrsg.) (2004): *Gesundheitskosten und Geschlecht. Eine genderbezogene Analyse für die Schweiz*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Cancian Francesca M. and Stacey J. Oliner (2000): *Caring and Gender*. Walnut Creek: AltaMira Press
- CAS Center on an Aging Society (1998): Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$73 Billion. <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/healthlit.html>
- Domenighetti Gianfranco et Emanuela Pipitone (2002): Induction de l'offre de prestations médicales par la demande, *PrimaryCare*, 241-245.
- Enthoven Alain C. (1988): *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North Holland, Amsterdam.
- Fehr Ernst (Hrsg.) (2003): *Psychologische Grundlagen der Ökonomie*. NZZ Verlag.
- Folbre Nancy and Michael Bittman (eds.) (2004): *Family Time. The Social Organization of Care*. London and New York (Routledge)
- Freidl Wolfgang, Willibald-Julius Stronegger und Christine Neuhold (2001): *Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey*. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung, Wien, <http://www.wien.gv.at/who/survey/pdf/gesamt.pdf>.
- Freitag Markus (2001): Das soziale Kapital der Schweiz. Vergleichende Einschätzungen zu Aspekten des Vertrauens und der sozialen Einbindung, *Schweizerische Zeitschrift für Politikwissenschaft*, 7 (4), 87-117.
- Frey Bruno S. (2003): *Demokratische Wirtschaftspolitik*. Vahlen, München.
- Guggisberg Jürg und Stefan Spycher (2005): Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Eine methodenkritische Literaturübersicht. Forschungsprotokoll 3 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.
- Kahneman Daniel (ed.) (2000): *Choices, values and frames*. Cambridge University Press.

- Kickbusch Ilona (2004): Improving Health literacy – A key priority for enabling good health in Europe. Background paper for the European Health Forum Gastein 2004.
- Kickbusch Ilona, Daniela Maag and Hans Saan (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Badgastein 2005.
- Mutari Ellen and Deborah M. Fogart (Hg. 2003): Women and the Economy. A Reader. New York
- North Douglass C. (1991): Institutions, institutional change and economic performance. Cambridge, University Press.
- Nutbeam D. (2000): Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- OECD (2005): Learning a Living. First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Ottawa and Paris.
- Pärli Kurt, Karin Müller Kucera und Stefan Spycher (2003): Aids, Recht und Geld. Eine Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids. Verlag Rüegger.
- Pawlak Roberta (2005): Economic Considerations of Health Literacy, *Nursing Economics*, 23(4), 173-180.
- Samuelson Paul and William D. Nordhaus (2005): Microeconomics. 18th edition. Boston, McGraw-Hill.
- Sihota Saranjit and Linda Lennard (2004): Health literacy. Being able to make the most of health. National Consumer Council, London.
- Spycher Stefan (2002): Risikoausgleich in der Krankenversicherung – Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Paul Haupt Verlag, Bern.
- Spycher Stefan (2004a): Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs?, *Schweizerische Ärztezeitung*, 2004;85: Nr. 31.
- Spycher Stefan (2004b): Risikoausgleich im KVG – Wie weiter?, *Soziale Sicherheit*, 2/2004, 109-112.
- Spycher Stefan (2004c): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung http://www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankenversicherung)
- Steinemann Lukas und Harry Telser (2005): Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft. NZZ Verlag.
- WHO World Health Organization (1998): Health Promotion Glossary.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Williamson Oliver (ed.) (1999): The economics of transaction costs. Cheltenham, Edgar Elgar.